

1 25 NO 27 05600

**HUBUNGAN KECENDERUNGAN PSIKOPATOLOGI
KEPRIBADIAN MMPI-2 DENGAN KEJADIAN DEPRESI
PADA PENDERITA CEDERA KEPALA RINGAN**



UPT-PUSTAK-UNDIP
No. Daft: 6941/T/FK/C1.....
Tgl. : 5-2-2009.....

OLEH

Go Eddy Gunawan

PEMBIMBING
ISMED YUSUF
TAUFIQURAHMAN

Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS-1)
Bagian Psikiatri FK UNDIP / RS Dr. Kariadi
2008

HALAMAN PENGESAHAN

Judul : HUBUNGAN KECENDERUNGAN PSIKOPATOLOGI
KEPRIBADIAN MMPI-2 DENGAN KEJADIAN
DEPRESI PADA PENDERITA CEDERA KEPALA
RINGAN

Ruang Lingkup : Psikiatri

Nama Peneliti : Go Eddy Gunawan

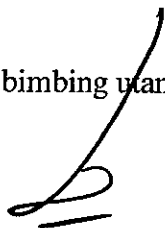
Bagian : Psikiatri FK UNDIP/RS Dr Kariadi Semarang

Pembimbing : Dr.H.Ismed Yusuf, SpKJ
Dr. Taufiqurahman, SpB

Semarang,
Peneliti

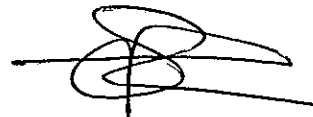
Go Eddy Gunawan
NIM: G3G099051

Pembimbing utama



Dr. Ismed Yusuf, SpKJ
NIP : 130529445

Pembimbing kedua



Dr. Taufiqurahman, SpB
Letkol CKM Nrp 33588

Ketua Program Studi PPDS-1 Bagian Psikiatri

Fakultas Kedokteran UNDIP



Dr. A. Fitrikasari Sutomo, SpKJ
bNIP : 132205002

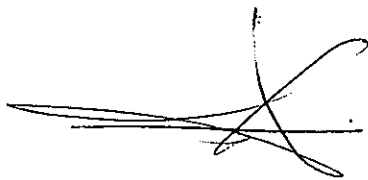
Penelitian ini dilakukan sebagai salah satu
Syarat untuk memperoleh gelar
Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa

Hasil penelitian ini merupakan milik
Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro / Rumah sakit Dr. Kariadi

Telah diajukan dan disetujui

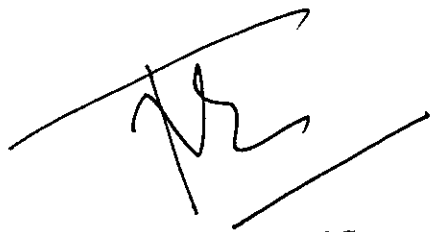
Semarang

Ketua Bagian Psikiatri
Fakultas Kedokteran UNDIP



Dr. Achmad Alaydrus, SpKJ
NIP : 140165896

Ketua Program Studi PPDS-1
Fakultas kedokteran UNDIP



Dr. A. Fitrikasari Sutomo, SpKJ
NIP : 132205002

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan laporan penelitian akhir ini. Penelitian ini dilakukan dalam rangka menyelesaikan tugas akhir pada program pendidikan Dokter Spesialis I di Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Dengan kerendahan hati saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan terwujud tanpa dorongan, bantuan dan bimbingan berbagai pihak. Pada kesempatan ini ijin saya menyampaikan rasa hormat, penghargaan dan terimakasih yang tulus kepada :

1. Dr. Achmad Alaydrus, SpKJ selaku Ketua Bagian Psikiatri FK UNDIP / RSDK yang telah banyak memacu saya untuk belajar, mengarahkan dan memberikan dorongan untuk menyelesaikan tugas-tugas saya selama masa pendidikan.
2. Dr. H Ismed Yusuf, SpKJ, selaku Ketua program Study dan pembimbing penelitian ini, yang telah mengarahkan dan memberikan dorongan untuk menyelesaikan penelitian ini.
3. Dr. M.S. Hartono, SpKJ, Dr. Alifiati Fitrikasari, SPKJ selaku staf pengajar Bagian Psikiatri FK UNDIP / RSDK, yang banyak memberi dorongan dan nasehat dalam menyelesaikan penelitian ini.
4. Drg Henry S, yang telah memberi bimbingan dalam metodologi penelitian dan analisis.

5. Dr Hartanto, Dr. Niken yang telah memberikan bimbingan dalam metodologi dan analisis.
6. Kolonel CKM Drg Tony Susilo B, SpBM, selaku Kasubditbincab Ditkesad yang banyak memberikan dorongan pada penelitian ini.
7. Kolonel CKM Dr Suhartono, SpKJ selaku Kakesdam IV Diponegoro dan koordinator PATUBEL yang banyak memberikan masukan pada penelitian ini.
8. Kolonel CKM (pur) Dr. Bambang Sugeng, SpB yang banyak memberikan dorongan, bimbingan dan masukan pada penelitian ini.
9. Letnan Kolonel CKM Dr.Taufiqurahman, SpB selaku KaRumKit Bhakti Wira Tamtama yang telah memberikan fasilitas dan kesempatan untuk menjalankan penelitian ini.
10. Dr. Gunadi, SpBS yang telah memberikan fasilitas dan kesempatan demi kelancaran penelitian ini
11. Dr. Zainal Mutaqien, SpBS yang telah memberikan bimbingan dan masukan pada penelitian ini.
12. Direktur RS Dr. Kariadi Semarang dan Direktur RSJD Amino Gondohutomo Semarang yang telah memberikan fasilitas dan kesempatan untuk belajar selama menjalankan pendidikan dan menyelesaikan penelitian ini.
13. Seluruh staf dan karyawan RS Dr. Kariadi maupun RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu, yang telah bekerja sama dengan baik selama saya menjalankan pendidikan.

14. Seluruh keluarga besar saya dan teman-teman residen yang telah dengan sabar memberikan dorongan dan semangat selama saya menyelesaikan pendidikan.

Penelitian ini tentu masih jauh dari sempurna, tetapi saya berharap dapat bermanfaat bagi kita semua dan masyarakat umumnya. Amin.

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Pengesahan.....	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Kata Pengantar	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
ABSTRAK	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang.....	1
B. Masalah.	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. CEDERA KEPALA	7
1. Definisi.....	7
2. Epidemiologi	8
3. Skala Koma Glagow	10
4. Klasifikasi Cedera kepala	12
B. DEPRESI	
1. Definisi	14
2. Patogenesis depresi	15

a. Faktor Biologis	15
b. Faktor Genetik	16
c. Faktor Psikososial	17
C. KEPRIBADIAN	
1. Definisi	18
2. Kepribadian menurut DSM IV	20
3. Teori kepribadian	
a. Teori Freud	24
b. Teori Alfred Adler	25
c. Teori Karen Horney	25
d. Teori Harry Stack Sullivan	25
e. Teori Erick Fromm	25
f. Teori Adolf Meyer	26
g. Teori Psikoanalisa Eksistensial	26
h. Teori Eksperimen kuantitatif	26
i. Teori lainnya	26
D. KEPRIBADIAN DAN PSIKOPATOLOGI MMPI-2	
1. Skala Validitas	27
2. Skala Klinis dan subklinis	28
3. Skala Isi	30
4. Skala Suplemen	30
5. Single Dimensional Analysis	31

E. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN DEPRESI PADA CEDERA KEPALA	32
F. KERANGKA TEORI	35
G. KERANGKA KONSEP	35
H. HIPOTESIS	36

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Ruang Lingkup	37
B. Jenis dan desain penelitian	37
C. Populasi dan sampel	38
D. Variabel Penelitian	39
E. Cara kerja	39
F. Alur kerja	40
G. Droup out	40
H. Analisa data	40
I. Batasan operasional	41

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Analisis Univariat	
1. Jenis kelamin	43
2. Umur	44
3. Status Perkawinan	44
4. Pendidikan	45
5. Pekerjaan	46
6. Penghasilan	47

7. Cluster kepribadian	47
8. Kategori kepribadian	48
9. Kategori HDRS	49
B. Analisis Bivariat	
1. Hubungan jenis kelamin dengan kategori HDRS	50
2. Hubungan umur dengan kategori HDRS	51
3. Hubungan status perkawinan dengan kategori HDRS.....	52
4. Hubungan pendidikan dengan kategori HDRS.....	53
5. Hubungan pekerjaan dengan kategori HDRS.....	54
6. Hubungan penghasilan dengan kategori HDRS	56
7. Hubungan cluster kepribadian dengan kategori HDRS.....	57
8. Hubungan kategori MMPI dengan kategori HDRS.....	58
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	60
B. Saran.....	56
C. Keterbatasan Penelitian.....	61
DAFTAR PUSTAKA	62

DAFTAR TABEL

- Tabel 1. Distribusi Jenis Kelamin Penderita Dengan Cedera Kepala Ringan
- Tabel 2. Distribusi Umur Penderita Dengan Cedera Kepala Ringan
- Tabel 3. Distribusi Status Perkawinan Penderita Dengan Cedera Kepala Ringan
- Tabel 4. Distribusi Pendidikan Penderita Dengan Cedera Kepala Ringan
- Tabel 5. Distribusi Pekerjaan Penderita Dengan Cedera Kepala Ringan
- Tabel 6. Distribusi Penghasilan Penderita Dengan Cedera Kepala Ringan
- Tabel 7. Distribusi Cluster Kepribadian Penderita Dengan Cedera Kepala Ringan
- Tabel 8. Distribusi Kategori Kepribadian Penderita Dengan Cedera Kepala Ringan
- Tabel 9. Distribusi Frekuensi Kategori HDRS Penderita Dengan Cedera Kepala Ringan
- Tabel 10. Hubungan Jenis Kelamin Dengan Kategori HDRS
- Tabel 11. Hubungan Umur Dengan Kategori HDRS
- Tabel 12. Hubungan Status Perkawinan Dengan Kategori HDRS
- Tabel 13. Hubungan Pendidikan Dengan Kategori HDRS
- Tabel 14. Hubungan Pekerjaan Dengan Kategori HDRS
- Tabel 15. Hubungan Penghasilan Dengan Kategori HDRS
- Tabel 16. Hubungan Cluster MMPI Dengan Kategori HDRS
- Tabel 17. Hubungan Kategori MMPI Dengan Kategori HDRS

DAFTAR LAMPIRAN

1. Status penelitian
2. Hamilton Depression Rating Scale
3. Data Demografi
4. Hasil MMPI-2
5. Hasil Analisa Statistik

ABSTRAK

HUBUNGAN KECENDERUNGAN PSIKOPATOLOGI KEPERIBADIAN MMPI-2 DENGAN KEJADIAN DEPRESI PADA PENDERITA CEDERA KEPALA RINGAN

Latar Belakang: Depresi merupakan penyakit yang cukup mengganggu kehidupan. Saat ini diperkirakan ratusan juta jiwa di dunia menderita depresi. Faktor risiko yang diduga berpengaruh terhadap kejadian depresi pada cedera kepala meliputi umur, *premorbid personality*, *marital discord*, *poor interpersonal relationship*, problem pekerjaan, ketidakstabilan ekonomi. Cedera kepala merupakan kasus yang sering terjadi, bisa dikatakan merupakan kasus yang hampir selalu dijumpai di Unit Gawat Darurat setiap rumah sakit.

Metode Penelitian: Penelitian ini merupakan penelitian analitik yang bersifat penjelasan (*Explanatory*), yaitu menjelaskan hubungan antara variabel bebas dan terikat melalui pengujian yang telah dirumuskan. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah survey dengan pendekatan Kohort Prospektif. Populasi dan sampel pada penelitian adalah semua pasien cedera kepala ringan di Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama Semarang pada bulan Juni 2006 - Maret 2007, yang tinggal di Kotamadya Semarang dan sekitar.

Tujuan Penelitian Untuk mengetahui hubungan kecenderungan psikopatologi kepribadian MMPI-2 dengan kejadian depresi penderita cedera kepala ringan.

Hasil Penelitian: Jenis kelamin berhubungan bermakna dengan kejadian depresi pada cedera kepala ringan dan hasil uji statistik dengan *Chi Square* diketahui nilai $p = 0,027$. Kategori MMPI-2 cluster B dan C berhubungan bermakna dengan kejadian depresi pada penderita dengan cedera kepala ringan dan hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan tingkat kepercayaan 0,05 diketahui nilai $p = 0,024$ ($p < 0,05$) H_0 ditolak H_a diterima artinya ada hubungan yang bermakna / signifikan antara Kategori MMPI-2 kepribadian cluster B dan C dengan kejadian depresi pada penderita cedera kepala ringan.

Kesimpulan: Ada hubungan yang bermakna / signifikan antara cluster kepribadian B dan C dengan depresi pada cedera kepala ringan.

Kata kunci : Psikopatologi – kepribadian – depresi – cedera kepala ringan

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE TENDENCY OF PSYCHOPATHOLOGY PERSONALITY MMPI-2 AND THE DEPRESSION EVENTS OF PATIENTS WITH MILD HEAD INJURY

BACKGROUND :

Depression is a disease which is quite annoying in lives. now it is estimated that hundreds of millions of lives in the world suffer from depression. The risk factors which are considered to influence the depression events in head injury consist of age, premorbid personality, marital discord, poor interpersonal relationship, job problems, unstable economy. Head injury is a frequent case which can be said to be a case which almost always found in Emergency unit at every hospital.

METHODS :

This research is an explanatory analytical research, i.e. to explain the relationship between dependent and independent variable through formulated examination. The scheme of the research is a survey by using cohort Prospective approach. The population and sample of the research are all patients with mild head injury at Dokter Kariadi Hospital- Semarang and Bhakti Wira Tamtama Hospital – Semarang from June 2006 to March 2007, Who lives in Semarang Municipality and surroundings.

GOAL :

To find out the relationship between the tendency of psychopathology personality MMPI-2 and the depression events of patients with mild head injury.

Result :

Sex has a significant correlation with the depression events of patients with mild head injury and the result of statistical test measured by chi square shows p value = 0,027. Category MMPI-2 cluster B and C shows a significant correlation with the depression events of patients with mild head injury and the result of statistical test measured by chi square with trust level 0,05 shows p value = 0,024 it means there is a significant correlation between category MMPI-2 personality cluster B and C with depression events of patients with mild head injury.

Conclusion :

There is a significant correlation between the tendency of psychopathology personality cluster B and C with the depression events of patients with mild head injury

Key words :

Psychopathology – personality – depression – mild head injury

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Depresi merupakan penyakit yang cukup mengganggu kehidupan. Saat ini diperkirakan ratusan juta jiwa di dunia menderita depresi. Depresi dapat terjadi pada semua umur, mulai dari anak-anak sampai dengan usia lanjut. Gangguan ini dapat menimbulkan penderitaan yang berat. Ia menjadi masalah dalam kesehatan masyarakat. Biaya pengobatan sangat besar dan bila tidak diobati dapat terjadi hal-hal yang sangat buruk, misalnya kematian karena bunuh diri. Depresi adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan, yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa dan lain sebagainya.¹

Gangguan depresi dan gangguan *mood* pada umumnya sering menyertai, bahkan dapat menjadi pemicu untuk penyakit medik lain misalnya kanker, *diabetes mellitus*, *stroke*, tumor otak, cedera kepala, infark jantung, dsb. Hal ini akan mempersulit pengobatan maupun proses kesembuhan. Dalam kaitan hal tersebut, WHO telah memprediksikan depresi akan menjadi masalah gangguan kesehatan utama pada tahun 2020.²

Cedera kepala merupakan kasus yang sering terjadi setiap harinya bahkan, bisa dikatakan merupakan kasus yang hampir selalu dijumpai di Unit Gawat Darurat setiap rumah sakit. Kasus cedera kepala dapat dijumpai dalam berbagai tingkat kegawatan, yaitu dari yang tidak bersifat gawat

darurat, yang memiliki risiko keselamatan yang serius, dan bahkan yang sifatnya sangat fatal. Istilah lain yang kerap digunakan dalam literatur barat adalah *Traumatic Brain Injury* (cedera otak traumatik), yang umumnya didefinisikan sebagai kelainan non degeneratif dan non kongenital yang terjadi pada otak, sebagai akibat adanya kekuatan mekanik dari luar yang berisiko menyebabkan gangguan temporer atau permanen dalam hal fungsi kognitif, fisik dan fungsi psikososial, dengan disertai penurunan atau hilangnya kesadaran. Dalam prakteknya istilah ini juga digunakan sebagai sinonim dari cedera kepala termasuk untuk keadaan yang tidak disertai defisit neurologis sama sekali.³

Insiden cedera kepala diperkirakan 200 per 100.000 penduduk. Hampir semua cedera terjadi diantara remaja dan dewasa muda dengan puncak kedua terjadi diantara orang tua. Hampir 20% rawat inap rumah sakit karena cedera kepala adalah penderita dibawah usia 15 tahun dan laki-laki 2x lebih sering menderita cedera kepala daripada perempuan.^{4,5}

Cedera kepala ringan didefinisikan sebagai cedera kepala tertutup dengan skor GCS 13 sampai dengan 15 pada saat datang di Rumah Sakit dengan tanpa deteriorisasi skor GCS dibawah 13. Cedera kepala ringan diperkirakan ada 1 juta kunjungan pada unit gawat darurat dan 230000 rawat inap setiap tahun di Amerika Serikat dengan perkiraan 18% penderita mengalami gangguan psikiatri 1 tahun setelah kecelakaan. Kecelakaan bermotor paling sering menyebabkan trauma tertutup yang mewakili sebagian besar cedera kepala.^{3,4}

Gangguan psikiatrik adalah penyebab utama hendaya setelah cedera kepala. Depresi mayor adalah gangguan psikiatrik yang paling sering dipelajari setelah cedera kepala. Angka gangguan aksis I pada penderita cedera kepala dengan depresi mayor adalah 14% - 77%.⁶

Konsekuensi neuropsikiatrik pada cedera kepala dibedakan kedalam gangguan yang terlihat pada penderita tanpa cedera kepala dan gangguan yang umum untuk penderita dengan kerusakan otak. Gangguan yang terlihat pada penderita tanpa cedera kepala meliputi seluruh spektrum gangguan psikiatrik termasuk penalaran, penyalahgunaan zat, emosi, cemas, psikotik, somatik dan gangguan kepribadian. Banyak dari gangguan ini masuk dalam DSM IV sebagai gangguan karena kondisi medis umum cedera kepala. Sebagian gangguan ini belum secara luas dipelajari pada populasi dengan cedera kepala dan banyak penelitian masih dibutuhkan pada bidang ini.^{4,7}

Secara relatif ada gangguan emosi dihubungkan dengan cedera kepala, umumnya studi-studi ini menggunakan *rating scale*, kuesioner atau laporan keluarga daripada penelitian status mental yang terstruktur dan kriteria diagnostik yang diakui untuk menentukan adanya depresi.⁴

Debt et al menemukan bahwa gangguan depresi adalah paling sering didiagnosis 1 tahun setelah cedera kepala ringan dan terjadi pada 13,9% penderita dibandingkan dengan 2,1 sampai 9,4 % pada populasi umum. Depresi mayor ditemukan berkembang dalam 3 bulan pertama setelah kecelakaan pada 17 % penderita dengan Cedera kepala ringan

dibandingkan 33 % dalam tahun pertama setelah kecelakaan pada kelompok cedera kepala dengan derajat keparahan yang heterogen.^{8,9}

Prevalensi keluhan depresi setelah cedera kepala ringan berkisar antara 6% - 39% (Rutherford, et al. 1977, Schonhuber, et al, 1988).⁹

Sebuah studi Th 1993 oleh Jorge et al. menemukan 17 dari 66 penderita berkembang menjadi depresi setelah cedera kepala (paling sedikit 1 bulan).¹⁰

Penelitian yang dilakukan oleh Federoff JP dkk 1992 menemukan depresi pada 25% penderita setelah cedera kepala.¹¹

Menurut Seymond 1937 respon setelah trauma kepala tergantung orang yang mengalami trauma.¹²

Sampai saat ini penyebab pasti depresi pada cedera kepala belum diketahui, diperkirakan multifaktorial . Berdasarkan penelitian faktor risiko yang diduga berpengaruh terhadap kejadian depresi pada cedera kepala meliputi umur, *arteriosclerosis*, alkoholisme, *premorbid personality*, *marital discord*, *poor interpersonal relationship*, problem pekerjaan, ketidakstabilan ekonomi.¹² Proses timbulnya depresi pada cedera kepala disebabkan karena timbulnya perubahan secara struktural dan fungsional HPA Axis.^{4,13} Respon hormonal karena trauma termasuk peningkatan *Adrenocorticotropin*, kortisol, GH dan konsentrasi prolaktin. Adanya peningkatan level prolaktin menunjukkan kerusakan hipotalamus dan telah dihipotesiskan bahwa perubahan konsentrasi ACTH dan kortisol yang terjadi pada penderita cedera kepala akan memperantarai perubahan dalam *mood*.⁴

Penelitian yang akan dilakukan ini dimaksudkan untuk melihat secara lebih luas gambaran tentang psikopatologi kepribadian MMPI-2 yang berpengaruh terhadap kejadian depresi pada cedera kepala ringan.

B. MASALAH

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah yang diajukan dalam penelitian ini adalah Adakah Hubungan Kecenderungan Psikopatologi Kepribadian MMPI-2 Dengan Kejadian Depresi Pada Penderita Cedera Kepala Ringan.

C. TUJUAN

1. Umum

Mengetahui hubungan kecenderungan psikopatologi kepribadian MMPI-2 dengan kejadian depresi pada penderita cedera kepala ringan.

2. Khusus

- a. Mendiskripsikan karakteristik responden (umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, penghasilan) pada penderita cedera kepala ringan.
- b. Mendiskripsikan kecenderungan psikopatologi kepribadian MMPI-2 pada penderita cedera kepala ringan.
- c. Menganalisis hubungan karakteristik responden (umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, penghasilan) dengan kejadian depresi pada penderita cedera kepala ringan.

- d. Menganalisis hubungan kecenderungan psikopatologi kepribadian MMPI-2 dengan kejadian depresi pada penderita cedera kepala ringan.

D. MANFAAT

1. Segi Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat mengetahui hubungan kepribadian dengan kejadian depresi pada cedera kepala ringan.

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan tentang salah satu aspek psikiatri penderita cedera kepala ringan yang ada di masyarakat dan luput dari perhatian.

2. Segi Pelayanan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk manajemen pelayanan untuk menentukan standar pelayanan yang tepat sehingga kejadian depresi pada penderita cedera kepala ringan dapat dicegah.

E. KEASLIAN PENELITIAN

1. Penelitian yang dilakukan oleh Levin H.S dkk (2005), tentang *Predicting Depression Following Mild Traumatic Brain Injury*.
2. Penelitian yang dilakukan oleh Jorge. R.E. dkk (2004), tentang *Major Depression Following Traumatic Brain Injury*.

Sedangkan pada penelitian ini meneliti tentang hubungan kecenderungan psikopatologi kepribadian MMPI-2 dengan depresi pada cedera kepala ringan

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. CEDERA KEPALA

1. Definisi

Cedera kepala adalah suatu pukulan atau benturan pada kulit kepala, tulang kepala dan otak yaitu mulai dari selaput otak, saraf kranial dan jaringan otak. Kerusakan otak ini merupakan masalah penting dan perlu mendapat perhatian.⁵

Istilah lain yang kerap digunakan dalam literatur barat adalah *Traumatic Brain Injury*, yang umumnya didefinisikan sebagai kelainan non degeneratif dan non kongenital yang terjadi pada otak, sebagai akibat adanya kekuatan mekanik dari luar, yang berisiko menyebabkan gangguan temporer atau permanen dalam hal fungsi kognitif, fisik dan fungsi psikososial, dengan disertai penurunan atau hilangnya kesadaran. Dalam prakteknya istilah ini juga digunakan sebagai sinonim dari cedera kepala, termasuk untuk keadaan yang tidak disertai defisit neurologis sama sekali.³

Klasifikasi yang paling sering dipakai dalam menentukan beratnya cedera kepala adalah memakai skala koma Glasgow, dimana cedera kepala ringan dengan skor 13-15, cedera kepala sedang dengan skor 9-12, cedera kepala berat dengan skor 3-8.¹⁴ Adanya kerusakan pada kepala adalah merupakan bukti klinis bahwa cedera kepala telah terjadi. Tidak termasuk cedera kepala adalah cedera pada wajah, mata, benda asing pada hidung dan telinga, epistaksis, fraktur rahang bawah.¹⁵

Definisi cedera kepala ringan menurut Rimel et al., yaitu bila cedera kepala yang terjadi menimbulkan hilangnya kesadaran kurang dari 20 menit, skor skala koma Glasgow lebih dari 13, periode amnesia post traumatik kurang dari 48 jam.¹⁶

Penilaian skala koma Glasgow dilakukan setelah 6 jam tindakan gawat darurat (resusitasi). Latar belakang pengambilan waktu tersebut adalah dengan pertimbangan bahwa waktu tersebut cukup untuk melakukan resusitasi penderita, memperkecil kemungkinan adanya pengaruh alkohol, hipoksia pada pasien tersebut yang mengalami penurunan kesadaran.⁵

Pasien cedera kepala ringan dibedakan menjadi 2 kelompok, yaitu yang mengalami konkusi dan yang tidak mengalami konkusi. Konkusi didefinisikan sebagai hilangnya fungsi neurologik sesaat setelah cedera kepala, yang akan membaik tanpa sekuele neurologik yang nyata atau bukti kerusakan neuropatologik yang nyata. Di Amerika Serikat pasien cedera kepala ringan dengan konkusi serebral dirawat di rumah sakit untuk dilakukan observasi.¹⁷

2. Epidemiologi

Cedera kepala merupakan masalah kesehatan terbesar di Amerika Serikat dan di sebagian besar negara negara maju. Cedera kepala menyebabkan kematian, kebanyakan pada usia muda. Cedera kepala juga meningkatkan angka morbiditas dan selanjutnya mengurangi produktifitas, sebab mereka kebanyakan pada usia muda.¹⁵

Di Amerika Serikat cedera kepala menyebabkan kematian di antara individu sampai umur 14 tahun, dan lebih banyak orang Amerika yang berumur antara 1 sampai 34 tahun yang meninggal karena cedera kepala daripada sebab kombinasi lainnya. Cedera kepala yang tidak fatal mengenai sebagian besar individu, pulang dari rumah sakit dengan ketidakmampuan yang menetap. Lebih dari 80.000 orang Amerika menderita ketidakmampuan yang menetap karena cedera sistem saraf pusat setiap tahun; dan sebagian besar adalah cedera otak.¹⁷

Insiden pasti cedera kepala ringan sulit untuk ditentukan jumlahnya. Pertama, sebagian besar survey kesehatan berkonsentrasi pada pasien yang dirawat di rumah sakit; akan tetapi, banyak pasien yang mengalami cedera kepala ringan tidak dirawat di rumah sakit tetapi dievaluasi di ruang gawat darurat atau kamar pemeriksaan dokter. Kedua, klasifikasi penyakit Internasional (*International Classification of Diseases* = ICD) dan alat deskriptif lainnya sering menerapkan secara ganda terhadap cedera, seperti fraktur maksilofasial dan laserasi kulit kepala. Ketiga, pasien yang telah mengalami cedera multiklasifikasi, termasuk cedera kepala ringan mungkin diklasifikasi menurut cedera kompleks atau yang paling berat.¹⁸

Meskipun ini sulit ditentukan jumlahnya, berdasarkan beberapa hasil penelitian, telah diperkirakan bahwa insiden cedera kepala yang dirawat di rumah sakit, dari yang ringan sampai berat adalah kira-kira 200/100.000/tahun.^{4,17,18}

Penelitian yang dilakukan pada tahun 1988, dari 3358 pasien insidensi cedera kepala ringan adalah 72%. Rimel et al., melaporkan bahwa dari 1238 pasien cedera kepala yang dirawat di rumah sakit, 55% adalah cedera kepala ringan, 24% adalah cedera kepala sedang, dan 21% adalah cedera kepala berat. Data secara pasti mengenai kasus cedera kepala tidaklah mudah didapat namun dari data yang ada di RS Siloam Gleneagles Jakarta setiap tahun dikunjungi oleh 347 penderita dengan cedera kepala dan 52 diantaranya adalah cedera kepala berat yang perlu dirawat di Neuro ICU. Di RSUP Dr. Kariadi Semarang penderita cedera kepala yang dirawat pada tahun 1995; 75,43% adalah cedera kepala ringan, 11,60% adalah cedera kepala sedang, dan 12,97% adalah cedera kepala berat.^{3,19}

Mekanisme cedera kepala ringan adalah sama seperti pada cedera kepala yang lebih berat. Rimel et al., melaporkan bahwa penyebab cedera kepala ringan 46% adalah kecelakaan lalu lintas, 23% adalah jatuh dari ketinggian, 28% adalah kecelakaan olah raga, dan 10% adalah akibat pukulan. ini tidak berbeda dari frekuensi relatif seperti angka yang diperoleh dalam penelitian NHSCIS (*National Head and Spinal Cord Injury Survey*).²⁰

3. Skala Koma Glasgow

Kerusakan otak akibat dari trauma akselerasi / deselerasi adalah perubahan kesadaran. Setengah abad yang lalu Seymonds mengusulkan bahwa lamanya kehilangan kesadaran dipakai sebagai tolok ukur /

parameter kerusakan serebral pada cedera kepala tertutup. Penelitian yang berikutnya telah membuktikan bahwa derajat dan lamanya koma sesungguhnya dapat dipakai sebagai pedoman untuk menentukan beratnya kerusakan otak difus yang dialami. Meskipun, cedera lokal dapat menjadi luas dan dapat menyebabkan disfungsi neurologik fokal tanpa disertai kehilangan kesadaran. Penentuan tingkat kesadaran tidak hanya penting sebagai suatu indeks beratnya kerusakan otak, melainkan juga dapat untuk menilai perbaikan fungsi otak apakah terjadi secara alamiah atau sebagai hasil terapi, atau adanya perkembangan komplikasi intrakranial.²¹

Jennet dan Teasdale memperkenalkan skala koma Glasgow (GCS) untuk menetapkan secara obyektif derajat gangguan kesadaran. Skor GCS berasal dari observasi pembukaan mata, fungsi motor, dan penampilan verbal dalam respon terhadap stimuli eksternal.²²

Komponen skala koma Glasgow adalah :

Membuka mata (E) :	Skor
– Secara spontan	4
– Terhadap perintah	3
– Terhadap rangsang nyeri	2
– Tak membuka	1
Respon motorik (M)	
– Dapat mengikuti perintah	6
– Melokalisasi nyeri	5
– Fleksi normal	4

- Fleksi abnormal (rigiditas dekortikasi) 3
- Ekstensi (rigiditas deserebrasi) 2
- Tidak ada gerakan 1

Respon verbal (V)

- Kata kata yang bermakna 5
- Kata kata yang tidak bermakna 4
- Hanya asal mengucapkan kata 3
- Hanya asal bersuara 2
- Tidak ada suara sama sekali 1

Dengan demikian nilai skala koma Glasgow adalah 3-15.²¹

4. Klasifikasi cedera kepala

Cedera kepala diklasifikasikan dalam berbagai aspek. Secara praktis cedera kepala diklasifikasikan berdasarkan : Mekanisme, beratnya dan morfologi cedera kepala.^{23,24}

a. Mekanisme cedera kepala

Berdasarkan mekanisme cedera kepala dibagi atas^{23,24} :

1) Cedera kepala tumpul

Cedera kepala tumpul, dapat terjadi :

- a) Kecepatan tinggi berhubungan dengan kecelakaan mobil-Motor.
- b) Kecepatan rendah, biasanya disebabkan jatuh ketinggian atau dipukul dengan benda tumpul.

2) Cedera kepala tembus

Disebabkan oleh : - cedera peluru

- cedera tusukan

Adanya penetrasi selaput dura menentukan apakah suatu cedera termasuk cedera tembus atau cedera tumpul.

b. Beratnya cedera kepala

Glasgow Coma Scale (GCS) digunakan untuk menilai secara kuantitatif kelainan neurologis dan dipakai secara umum dalam deskripsi beratnya penderita cedera kepala^{23,24}.

Berdasarkan beratnya, cedera kepala dibagi atas :

- Cedera kepala ringan : GCS 14 – 15
- Cedera kepala sedang : GCS 9 – 13
- Cedera kepala berat : GCS 3 - 8

c. Morfologi cedera kepala

Secara morfologi cedera kepala dapat dibagi atas :^{23,24}

1) Fraktur kranium.

Fraktur kranium terjadi pada atap atau dasar tengkorak.

Dibagi atas : a) Fraktur kalvaria :

- bisa berbentuk garis atau bintang
- depresi atau non depresi
- terbuka atau tertutup.

b) Fraktur dasar tengkorak :

- Dengan atau tanpa kebocoran LCS
- Dengan atau tanpa paresis N.VII.

2) Lesi intrakranium.

- Lesi fokal : • Perdarahan epidural
- Perdarahan subdural
 - Perdarahan intraserebral

- Lesi difus : • Komosio ringan
- Komosio klasik
 - Cedera akson difus

B. DEPRESI

1. Definisi

Istilah depresi cukup populer di dalam masyarakat kita, namun demikian kita masih kesulitan mencari kata dalam bahasa Indonesia yang identik maknanya dengan depresi. Kata “sedih” atau “putus asa” tidak menjelaskan secara khas makna dari depresi. Ada yang mengatakan depresi merupakan gejala, yang lainnya mengatakan sindrom (kumpulan gejala) atau suatu penyakit. Jadi depresi yang dimaksud disini adalah kumpulan gejala.²⁵

Depresi adalah suatu keadaan jiwa dengan ciri sedih, merasa sendirian, rendah diri, putus asa, biasanya disertai tanda-tanda retardasi psikomotor atau kadang-kadang agitasi, menarik diri dan terdapat gangguan vegetatif seperti insomnia dan anoreksia.^{25,26}

Pada DSM IV depresi yang terjadi paska cedera kepala dimasukkan dalam golongan *mood disorder due to a general medical condition*.⁷

2. Patogenesis Depresi^{25,26}

Faktor penyebab depresi secara garis besar dibedakan menjadi faktor biologis, faktor genetik dan faktor psikososial. Faktor tersebut berinteraksi satu sama lain. Sebagai contoh faktor psikososial dan faktor genetik dapat mempengaruhi faktor biologis (contoh, konsentrasi neurotransmitter tertentu). Faktor biologis dan psikososial juga dapat mempengaruhi ekspresi gen. Faktor biologis dan faktor genetik dapat mempengaruhi respon seseorang terhadap stresor psikososial.

a. Faktor Biologis

Sebagian besar penelitian melaporkan bahwa penderita gangguan depresi menunjukkan berbagai macam abnormalitas metabolik amin biogenik pada darah, urin dan cairan serebrospinalis. Keadaan tersebut mendukung hipotesis gangguan depresi berhubungan dengan disregulasi amin biogenik. Dari amin biogenik, norepinefrin dan serotonin merupakan dua neurotransmitter yang paling berperan dalam patofisiologi depresi.

Beberapa penelitian menunjukkan hubungan antara HPA aksis dengan katekolamin. Norepinefrin mempunyai efek inhibisi terhadap aktivitas HPA, walaupun beberapa peneliti melaporkan adanya hubungan positif yang bermakna antara kortisol dan kadar metabolit norepinefrin.

Serotonin merupakan neurotransmitter amin biogenik yang paling sering dihubungkan dengan depresi, serotonin dapat mencetuskan

depresi. Penelitian biologi pada orang – orang yang mencoba bunuh diri dan yang sudah bunuh diri, didapatkan konsentrasi serotonin dan metabolitnya yaitu 5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) yang rendah dalam cairan serebrospinalis. Pada otak yang sudah bunuh diri didapatkan peningkatan jumlah reseptor serotonin postsinaptik 5-hydroxytryptamine cluster 2 (HT2) pada korteks prefrontal, diperkirakan peningkatan reseptor ini mungkin merupakan mekanisme kompensasi untuk mengurangi pelepasan serotonin.

Selain norepinephrin dan serotonin, dopamin juga diperkirakan memiliki peranan dalam depresi. Penemuan baru subcluster reseptor dopamin dan meningkatnya pengertian tentang regulasi prasinaptik dan postsinaptik fungsi dopamin telah semakin memperkaya penelitian tentang hubungan antara dopamin dan gangguan mood. Teori tentang dopamin dan depresi adalah bahwa jalur dopamin mesolimbik mungkin mengalami disfungsi dan reseptor dopamine cluster 1 (D1) mungkin hipoaktif pada depresi.

Faktor neurokimia lain seperti neurotransmitter asam amino khususnya gamma aminobutyric acid (GABA) dan peptida neuroaktif (khususnya vasopresin dan opiat endogen) juga terlibat pada patofisiologi gangguan *mood*.

b. Faktor Genetik

Pola penurunan genetika penderita depresi melalui mekanisme yang kompleks, yang belum sepenuhnya dapat diungkap. Berdasarkan

studi keluarga, studi anak kembar dan anak angkat terdapat bukti adanya peranan faktor genetik pada depresi.

c. Faktor Psikososial

Peristiwa kehidupan yang menyebabkan stres lebih sering mendahului episode pertama gangguan *mood* daripada episode selanjutnya. Hubungan tersebut telah dilaporkan untuk pasien gangguan depresi berat dan gangguan bipolar I dengan suatu teori bahwa stres yang mempunyai episode pertama menyebabkan perubahan biologik otak yang bertahan lama. Perubahan yang bertahan lama tersebut dapat menyebabkan perubahan keadaan fungsional berbagai neurotransmitter dan sistem pemberi sinyal intraneuronal. Akibat dari perubahan tersebut adalah menyebabkan seseorang berada pada risiko yang lebih tinggi untuk menderita episode gangguan *mood* selanjutnya, bahkan tanpa adanya stressor eksternal.

Tidak ada sifat atau cluster kepribadian tunggal yang secara unik mempredisiposikan seseorang kepada depresi. Tetapi cluster kepribadian tertentu seperti : dependen oral, obsesif-kompulsif, histeria mungkin berada dalam risiko yang lebih besar untuk mengalami depresi daripada cluster kepribadian antisosial, paranoid dan lainnya.

Dalam upaya untuk mengerti depresi Sigmund Freud mendalilkan suatu hubungan antara kehilangan obyek dan melankolia. Ia menyatakan bahwa kekerasan yang dilakukan pasien depresi diarahkan secara internal karena identifikasi dengan obyek yang hilang. Freud

percaya bahwa introyeksi merupakan cara satu-satunya bagi ego untuk melepaskan suatu obyek.

E. Bibring memandang depresi sebagai suatu keadaan afektif primer yang tidak dapat melakukan apa-apa terhadap agresi yang diarahkan ke dalam. Selain itu ia memandang depresi sebagai suatu afek yang berasal dari ketegangan di dalam ego antara aspirasi seseorang dan kenyataan seseorang.

Menurut teori ketidakberdayaan yang dipelajari, depresi dapat membaik jika klinisi mengisi pada pasien yang terdepresi suatu rasa pengendalian dan penguasaan lingkungan .

Menurut teori kognitif, interpretasi kognitif yang sering keliru adalah melibatkan distorsi negatif pengalaman hidup, penilaian diri yang negatif, pesimisme dan keputusan. Pandangan negatif yang dipelajari tersebut selanjutnya menyebabkan perasaan depresi.

C. KEPRIBADIAN

1. Definisi

Menurut Kusumanto, kepribadian adalah segala corak kebiasaan manusia yang terhimpun dalam dirinya, yang digunakan untuk bereaksi serta menyesuaikan diri terhadap segala rangsangan, baik yang timbul dari lingkungan (dunia luar) maupun yang datang dari dirinya sendiri (dunia dalam), sehingga corak dan kebiasaan itu merupakan suatu kesatuan fungsional yang khas untuk individu tersebut. Dikatakan kepribadian

seseorang sehat apabila ia mampu untuk memperoleh penyelesaian-penyelesaian secara efektif, efisien dan positif dalam situasi yang berubah-ubah serta mampu mencernakan secara luas pengetahuan yang diperolehnya dalam pendidikan baik formal maupun non formal, serta penyelesaian dalam kehidupan bermasyarakat.^{27,28}

Menurut Gordon W. Allport, kepribadian adalah organisasi dinamis dalam individu sebagai sistem psikofilik yang menentukan caranya yang khas dalam menyesuaikan diri terhadap lingkungannya.²⁹

Menurut PPDGJ II, kepribadian adalah pola dari persepsi, cara mengadakan hubungan dan cara berfikir yang menetap tentang lingkungan dan diri sendiri dan dinyatakan secara luas didalam konteks kehidupan sosial dan hubungan pribadi seseorang. Dikatakan suatu kepribadian terganggu apabila kepribadian seseorang tidak fleksibel dan sulit untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan hidupnya, sehingga mengakibatkan hendaya dalam hubungan / fungsi sosial atau pekerjaan atau menimbulkan penderitaan subyektif bagi dirinya.³⁰

Menurut PPDGJ III, gangguan kepribadian adalah suatu proses perkembangan, yang timbul pada masa kanak atau remaja dan berlanjut pada masa dewasa, gangguan kepribadian bukan keadaan sekunder dari gangguan jiwa lain atau penyakit otak, meskipun dapat mendahului dan timbul bersamaan dengan gangguan lain. Sebaliknya perubahan kepribadian adalah suatu proses yang didapat, biasanya pada usia dewasa; setelah stress berat atau berkepanjangan, deprivasi lingkungan yang ekstrem, gangguan jiwa yang parah atau penyakit / cedera otak.³¹

Menurut DSM IV, *personality traits is enduring patterns of perceiving, relating to, and think about the environment and oneself that are exhibited in a wide range of social and personal contexts only.*⁷

Menurut Cloninger dan Svrakic, kepribadian dapat didefinisikan sebagai totalitas sifat emosional dan perilaku yang menandai kehidupan seseorang dari hari ke hari dalam kondisi yang biasanya, kepribadian relatif stabil dan dapat diramalkan.^{25,32}

2. Kepribadian menurut DSM IV

Menurut DSM IV kepribadian dikelompokkan dalam empat kelompok yaitu :

1) Cluster A seringkali tampak aneh dan eksentrik yang terdiri dari :

a. Ciri kepribadian Skizoid

Ditandai dengan sifat pendiam, pasif dan introvert dan sebagai akibatnya seorang hanya mempunyai sedikit teman / sahabat apalagi pacar dan menghindari olah raga kelompok atau tim. Mereka lebih menyukai menonton film, TV atau mendengarkan musik untuk menghindari aktifitas sosial.

b. Ciri kepribadian Skizotipal

Ditandai dengan sifat senang menyendiri (isolasi sosial), mempunyai pikiran magik / gaib yang tidak sesuai dengan budayanya, merasa mampu mengetahui dan melihat sesuatu yang belum terjadi, telepati, indra keenam dan sering mempunyai preokupasi dan fantasi yang aneh.

c. Ciri kepribadian Paranoid

Ditandai dengan kecurigaan dan ketidakpercayaan yang menyeluruh dan tidak beralasan terhadap lingkungan atau orang lain. Kecurigaan tersebut antara lain meliputi perasaan akan ditipu, dirugikan atau mempunyai perasaan buruk dan sulit menerima maksud dari orang lain. Sifat lain dari kelompok ini adalah sensitif, reaktif, mudah tersinggung, meragukan kesetiaan orang lain, selalu curiga / khawatir akan dihianati, selalu mencari-cari kesalahan orang lain terhadap dirinya dan berusaha mencari bukti bahwa prasangkanya benar.

2) **Cluster B** dengan penampilan dramatik, emosional dan tidak menentu, terdiri dari :

a. Ciri kepribadian Ambang

Ditandai dengan alam perasaan yang tidak stabil, mudah tersinggung, mudah cemas dan kurang dapat mengendalikan diri / mudah marah, meragukan atau mengalami gangguan identitas jenis kelamin, citra diri, pemilihan karier dan pola hubungan interpersonal serta perilaku impulsif yang berubah-ubah tanpa dapat diduga.

b. Ciri kepribadian Anti Sosial

Ditandai dengan tampilan yang tampak tenang, hangat, mudah bergaul, serta dapat dipercaya dalam wawancara. Tetapi dibalik tampilan tersebut terdapat ketegangan, permusuhan, sikap mudah

tersinggung, kekerasan, membohong, membolos, melaikan diri dari rumah, mencuri, berkelahi, penyalahgunaan Zat dan aktifitas illegal.

c. Ciri kepribadian Narsisistik

Ditandai dengan meningkatnya rasa kepentingan diri dan perasaan kebesaran yang unik, menganggap dirinya sendiri sebagai orang yang khusus dan mengharapkan perlakuan khusus. Kebesaran nama mereka adalah mencolok, persahabatan mereka rapuh dan mereka dapat menyebabkan orang lain geram karena mereka menolak untuk mematuhi aturan perilaku konvensional serta mereka tidak dapat berempati dengan sering memanfaatkan orang lain.

d. Ciri Kepribadian Histrionik

Ditandai dengan perilaku bermacam-macam, dramatik, ekstrovert pada orang yang meluap-luap dan emosional, menunjukkan perilaku mencari perhatian yang tinggi. Mereka cenderung mendramatisir pikiran dan perasaan mereka, membuat segalanya terdengar lebih penting dibandingkan kenyataannya, menggoda dan menunjukkan temper tantrum untuk menarik perhatian orang.

3) **Cluster C** dengan tampilan tampak cemas dan ketakutan, terdiri dari :

a. Ciri Kepribadian Menghindar

Ditandai dengan kepekaan yang ekstrim terhadap penolakan yang dapat menyebabkan penarikan dari kehidupan sosial. Mereka tidak asosial dan menunjukkan keinginan yang kuat untuk berteman

tetapi mereka malu, mereka memerlukan jaminan yang kuat dan penerimaan tanpa kritik yang tidak lazim. Orang tersebut seringkali disebut sebagai kompleks inferior.

b. Ciri kepribadian obsesif kompulsif

Ditandai dengan penyempitan emosional, ketertiban, kekerasan hati, sikap keras kepala dan kebimbangan. Gambaran penting dari gangguan ini adalah perfeksionisme dan infleksibilitas.

c. Ciri Kepribadian Dependen

Ditandai dengan menempatkan kebutuhan orang lain, meminta orang lain untuk mengambil tanggung jawab untuk masalah besar dalam kehidupan mereka, tidak memiliki kepercayaan diri, mungkin mengalami rasa tidak nyaman yang kuat jika sedang sendirian lebih dari satu periode singkat.

3. Teori kepribadian

Nama kepribadian sudah ada sejak Hipokrates dan namanya berkembang sesuai perkembangan ilmu pengetahuan. Kepribadian, karakter, watak, individualitas, identitas, *mentality*, *intellectual power* adalah istilah yang sering kita jumpai dalam buku psikologi dan psikiatri. Banyaknya nama dan istilah karena begitu luasnya teori kepribadian dan teori tersebut mempunyai cara pendekatan yang berbeda. Semua teori kepribadian ini menarik minat pada penjelasan tentang faktor-faktor yang membangkitkan motivasi perilaku. Ada beberapa teori kepribadian yang dianggap penting yaitu :

a. Teori Freud

Freud mengembangkan teori naluri (*instinct*). Libido ialah suatu gaya yang melambangkan naluri seksual. Libido ini berkembang sejak bayi sampai pada masa dewasa. Pemilihan obyek cinta serta hubungan cinta itu sendiri dan hubungannya dengan obyek lain dalam bidang-bidang yang lain sangat tergantung sifat dasar dan mutu hubungan dengan obyek pada masa bayi dan kanak-kanak. Perkembangan kepribadian menurut Freud berjalan melalui beberapa fase yaitu: fase oral, fase anal sadistic dan fase falik.

Selain itu Freud juga mengenal dua macam prinsip yang mendasari teorinya yaitu prinsip kesenangan yang dapat berlangsung seumur hidup, akan tetapi harus disesuaikan dengan kenyataan luar, serta prinsip kenyataan (*reality principle*) yaitu tuntutan kenyataan luar yang mengharuskan menunda kesenangan segera dengan tujuan untuk mendapatkan kesenangan yang lebih besar dikemudian hari. Selanjutnya Freud mengemukakan teori topografi tentang kesadaran yang olehnya dibagi 3 daerah yakni alam tidak sadar, alam pra sadar, alam sadar. Adapun konsep-konsep yang termasuk teori topografi Freud yang masih digunakan ialah berpikir secara proses primer dan sekunder, pentingnya pemuasan keinginan, kecenderungan kepada regresi bila tidak dalam keadaan frustasi dan adanya suatu alam tidak sadar yang dinamik dari sudut struktur maka oleh Freud jiwa dibagi 3

bagian yaitu id, ego dan superego yang semuanya mempunyai fungsinya sendiri-sendiri.^{33,34}

b. Teori Alfred Adler

Mendasari ajarannya yaitu hubungan antara individu dengan lingkungan sosialnya serta sangkut paut antara badan dan jiwa, dimana manusia sebagai keseluruhan harus dipertimbangkan dalam suasana dan hubungan masyarakat yang lebih luas, seperti juga fungsi-fungsi individu harus dipahami dalam konteks kesatuan kepribadiannya.^{33,34}

c. Teori Karen Horney

Memandang individu secara holistik, sebagai suatu kesatuan badan jiwa di dalam kerangka sosial. Kesatuan ini dan lingkungan sosialnya terus menerus saling mempengaruhi.^{33,34}

d. Teori Harry Stack Sullivan

Mendefinisikan sebagai studi hubungan antar manusia. Hubungan ini menjadi manifes dalam perilaku yang nyata. Teori ini menyimpulkan bahwa kepribadian itu ialah suatu kumpulan proses yang terjadi sebagai hasil pengalaman antar manusia dan bukanlah suatu pelepasan kekuatan intrapsikik.^{33,34}

e. Teori Erick Fromm

Fromm mengakui bahwa perilaku seseorang manusia dimotivasi oleh kebutuhan biologiknya. Akan tetapi ia pun berpendapat bahwa motivasi dan perilaku itu ditentukan oleh kebudayaan. Masyarakat

menimbulkan kebutuhan sekaligus juga masalah baru yang sama pentingnya dengan haus, lapar, seks.^{33,34}

f. Teori Adolf Meyer

Adolf Meyer melontarkan istilah “interpretasi psikobiologik” yang berarti bahwa reaksi patologik kepribadian itu dapat diterangkan sebagai regresi ke reaksi biogenetik yang melindungi sebelumnya, tetapi tidak sesuai lagi dengan keadaan yang sedang berlaku.^{33,34}

g. Teori psikoanalisa Eksistensial

Teori ini mengemukakan konsep “ada di dunia” dan “keaslian ada disitu” yang berarti ‘Keberanian untuk ada’.^{33,34}

h. Teori eksperimen kuantitatif

Dengan aliran bivariat dan multivariat yang menyelidiki hal-hal yang dianggap utama yaitu “sifat permukaan”. Pengolahan informasi yang begitu banyak yang didapati dari observasi dapat dipermudah dengan menggunakan mesin komputer, Semua teori ini berdasarkan semata-mata pada informasi tentang perilaku yang betul-betul dapat diamati.^{33,34}

i. Teori lainnya

Teori ini meliputi teori Allport yang menganggap sifat sebagai elemen dasar kepribadian. Kurt Lewin yang melihat manusia sebagai suatu sistem energi yang kompleks. Maslow dengan hirarki kebutuhan dan teori respon stimulus yang menganggap kebiasaan itu sebagai elemen struktural utama pada kepribadian serta tidak akan ada respon bila tidak ada stimulus.^{33,34}

D. KEPERIBADIAN DAN PSIKOPATOLOGI MMPI-2

MMPI merupakan instrumen psikiatri dan psikologi yang populer dan cukup handal serta banyak digunakan dalam klinik maupun non klinik. Juga digunakan pada penelitian maupun skrining penempatan dan penerimaan pegawai, pengukuran fungsi-fungsi mental, prediksi perilaku dengan melihat psikopatologi kepribadian. MMPI pertamakali diciptakan oleh Starke Hathaway seorang psikolog dan John Charnely MC Kinley seorang psikiater dari universitas of Minesota 1937. Tes ini digunakan pertama kali dan dipublikasikan secara umum pertamakali oleh angkatan perang Amerika untuk mengevaluasi personil militer selama perang dunia ke-Dua. Tes ini selalu dikembangkan dan sekarang yang digunakan adalah MMPI-2 hasil pengembangan MMPI-1.^{35,37,38,39}

MMPI sebagai tes kepribadian merujuk pada pembahasan ada tidaknya psikopatologi, karena statemen pertanyaannya membandingkan kelompok normatif normal dengan kelompok kasus. Pertanyaannya berupa statemen yang dijawab ya atau tidak dan bersifat umum yang bias dimodifikasi sesuai budaya setempat dan ada 567 pertanyaan. MMPI-2 versi Indonesia mulai divalidasi tahun 2003, yang diawali studi kepustakaan pada januari – Februari 2003, dilanjutkan tes validitas. Uji coba terhadap pasien psikiatri dilakukan bulan maret – Juni 2004.³⁸

Struktur MMPI-2 terdiri dari :

1. Skala Validitas

- Jawaban yang tak terisi

- VRIN (*Variabel Response Inconsistency*)
- TRIN (*True Response Inconsistency*)
- F (*Infrequency*)
- F(B) (*Infrequency Back Scale*)
- F(P) (*Infrequency psikopatologi*)
- K (*correction*)
- L (*lie*)
- S (*Superlative Self Presentation*)

Makna dari skala validitas adalah pembelaan diri, ingin tampil lebih baik, berpura-pura, keadaan kepribadian tertentu dan mungkin pasien dalam keadaan bingung. Skala validitas untuk mengontrol skala klinik dan subklinik, artinya skala klinik dan subklinik dapat diinterpretasi bila skala validitas itu valid.^{37,38,39}

2. Skala klinis dan subklinis

Skala klinis terdiri dari skala 1 (Hipokondriasis) mencerminkan perhatian preokupasi somatik dengan fungsi tubuh. Skala 2 (Depresi) kecenderungan mencerminkan depresi bagian gangguan mood dan skala ini cukup peka. Skala 3 (Histeria) untuk mengidentifikasi gejala histrionik klasik termasuk adanya gejala fisik disertai penyangkalan, indifferensi dan inhibisi. Skala 4 (Penyimpangan psikopatik) untuk menilai aspek amoralitas dan asosialitas dari psikopat, kualitas hubungan interpersonal dan untuk menilai kriminal. Skala 5 (Maskulin –feminin) untuk menilai berbagai kepribadian dan daerah kepentingan seperti

ketergantungan, kepekaan dan intelektualitas. Skala 6 (Paranoid) dapat mengidentifikasi secara empiris paramoid klasik, menilai kegigihan, kepekaan, pikiran delusi, kecurigaan dan ketidak percayaan. Skala 7 (Psikastenia) mencerminkan sifat-sifat kecemasan obsesif, kompulsif, ketegangan, fobia dan gangguan kosentrasi. Skala 8 (Skizofren) mencerminkan gejala positif akut psikotik, gangguan penilaian realitas, isolasi sosial. Skala 9 (hipomania) mengukur gejala mania, elevasi *mood*, mood tidak stabil, proses pikir yang melambung dan aktifitas motorik yang berlebihan. Skala 0 (Introversi sosial) memberi informasi keterlibatan sosial , penarikan sosial, tingkat suka berteman dan konsep diri.

Skala subklinik adalah uraian lebih dalam dari skala klinik.

Skala depresi berisi subyektif depression, retardasi psikomotor, malfungsi fisisk, mental dullness dan brooding (Kurang peka dan selalu mikir pikiran obsesif).

Skala histeris berisi pengingkaran perasaan cemas, kebutuhan untuk sanjungan, lassitude malaise (kelelahan psikogenik), keluhan somatik dan inhibisi dari agresifitas. Skala penyimpangan psikopatik berisi disharmoni keluarga, problem harga diri , *social imperturbability* (dingin pada masalah sosial), *social alienation* (menarik diri secara sosial) dan *self alienation* (Kebingungan kesadaran diri).

Skala paranoid berisi waham kejar, poignancy (Peka) dan Naivete (Acuh). Skala skizofrenia berisi *social alienation*, *emosional alienation*, *lack of ego mastery cognitive*, *lack of ego conative*, *lack of ego mastery*

defective, inhibition dan *bizarre sensory experience*. Skala mania berisi *amorality*, peningkatan aktifitas psikomotor, *impetubability*, *ego inflation* *self consiousness*, penghindaran sosial dan *self alienation*. Penilaian skala klinik dan subklinik bila makin tinggi akan menunjukkan adanya psikopatologi tertentu.^{37,38}

3. Skala Isi

Skala ini mencerminkan adanya keluhan-keluhan yang ada saat ini dimana nilai yang tinggi menunjukkan adanya psikopatologisnya. Skala ini berisi 1. *Anxiety* . 2. *fears*. 3. *Depresi*. 4. *Heath concern*. 5. *Bizzare mentation*. 6. *Anger*. 7. *Cynism*. 8. *Antisosial practices*. 9. *Cluster A behaviour*. 10. *Low self esteem*. 11. *Social discomfort*. 12. *Family problem*. 13. *Work interference*. 14. *Negative treatment indicator*.^{37,38,39}

4. Skala Suplemen

Skala suplemen menunjukkan adanya psikopatologi tertentu dan tidak tergantung pada nilai validitas, Skala ini terdiri 1. A (*Anxietas*). 2. R (*Represi*). 3. ES (*Ego strength*). 4. Do (*Dominasi*). 5. Re (*Responsibility*). 6. Mt (*College maladjustment scale*). 7. PK (*post traumatic stress scale*). 8. MDS (*Marietal distress scale*). 9. Ho (*Hostility scale*). 10. OH (*Over control hostility scale*). 11. MAC-R (*Mac Andrew alcoholism scale*). 12. AAS (*Addiction acknowledge scale*). 15. GF (*Feminie gender rolescale*).

Penilaian skala suplemen makin tinggi nilainya makin menunjukkan adanya psikopatologi kecuali nilai Es dan Re makin tinggi makin berkurang nilai patologisnya.^{37,38}

5. Single Dimensional Analysis^{37,38}

Skala 1 Hypochondriasis (Hs) $T \geq 65$ Narcissistic Personality Features

Skala 3 Hysteria (Hy) $T \geq 65$ Hysterical personality Feature

Skala 4 Psychopathic deviate (Pd) $T \geq 65$ Antisocial Personality Feature

Skala 6 Paranoia (Pa) $T \geq 65$ Paranoid Personality

Skala 7 Psychasthenia (Pt) ≥ 65 Obsessive Compulsive Personality

Skala 8 Schizophrenia (Sc) ≥ 65 Schizoid Personality

E. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN DEPRESI PADA CEDERA KEPALA

Menurut Goldstein luasnya gangguan mental setelah cedera kepala lebih banyak ditentukan oleh faktor-faktor psikologis dan sosial daripada beratnya cedera itu sendiri

Faktor-faktor psikologis dapat berupa : ^{32,40}

1. Lingkungan perkembangan masa anak : dominasi orang tua, penolakan oleh orang tua, orang tua yang bersikap terlalu melindungi.
2. Ketidakstabilan keadaan sosial ekonomi sebelum cedera kepala, konflik marital, konflik dalam pekerjaan dan adanya reaksi neurotik.
3. Corak kepribadian : umpama seorang penderita mempunyai kebutuhan yang kuat akan pengakuan bahwa dirinya lebih superior daripada lingkungannya, dan kemudian menderita kecelakaan yang berakibat mengurangi kemapanannya, sehingga sebagai reaksi akan timbul mekanisme pembelaan yang bersifat neurotik.

Levin dan Grossman mekanisme yang menimbulkan gangguan tingkah laku : ⁴⁰

- a. Perubahan metabolisme neurotransmitter sentral
- b. Gangguan neuro-endokrin (glandula pituitaria)
- c. Berkurangnya aliran darah otak
- d. Kerusakkan efek arausal dari *formatio retikularis*

Cedera kepala ringan diduga dapat menimbulkan gangguan tingkah laku yang terbatas pada gejala gejala kecemasan dan keluhan keluhan somatik.

Cedera berat menimbulkan gangguan tingkah laku yang ditandai gangguan fungsi kognitif, retardasi mental dan gangguan afektif.⁴⁰

Cedera kepala ditemukan sebagai faktor risiko depresi mayor pada studi jangka panjang dan umumnya meningkatkan tingkat simptom depresi.⁸

Ketika dibandingkan antara penderita non depresi dengan depresi mayor tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan pada variabel demografik atau pada keparahan cedera kepala. Tetapi lebih besar frekwensinya pada penderita dengan riwayat pribadi gangguan psikiatri dalam kelompok dengan depresi mayor. Sebagai tambahan penderita ini mempunyai fungsi sosial premorbid yang buruk daripada pada penderita tanpa depresi. Faktor psikososial menjadi penting dalam efek jangka panjang cedera kepala.⁴

Hubungan antara lesi anterior kiri dan depresi mayor terjadi hanya selama periode segera setelah cedera karena *delayed-onset* depresi tidak berhubungan dengan lesi spesifik.⁴

Peningkatan prolaktin dihubungkan dengan kerusakan hypothalamus dan telah dihipotesiskan bahwa perubahan hormon Adrenocorticotropin (ACTH) dan konsentrasi kortisol yang terjadi pada penderita cedera kepala akan menyebabkan perubahan dalam suasana perasaan / mood. Maxwell dkk menunjukkan bahwa kerusakan akson selalu ditemukan pada cedera kepala ringan, sedang maupun berat, mulai dari apa yang disebut *comosio* atau *concussion* sampai *diffuse axonal* yang berat.^{4,8,13}

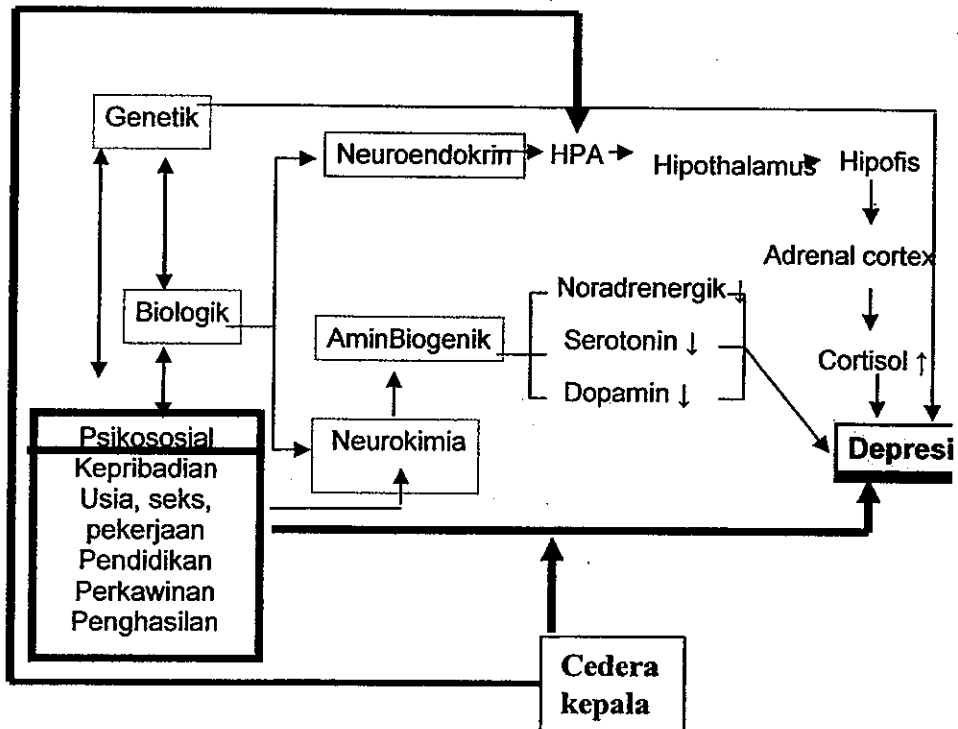
Faktor seperti marital discord, poor interpersonal relationship, masalah pekerjaan atau ketidakstabilan keuangan adalah kontributor penting pada

hendaya neuropsikiatri.¹² Gangguan *mood* dihubungkan dengan cedera kepala telah dilaporkan pada literatur kedokteran selama bertahun-tahun. Adolf Meyer 1904 menyebut gejala-gejala ini sebagai *traumatic insanities* dan mengusulkan bahwa mungkin ada hubungan antara gejala-gejala ini dengan lesi otak.

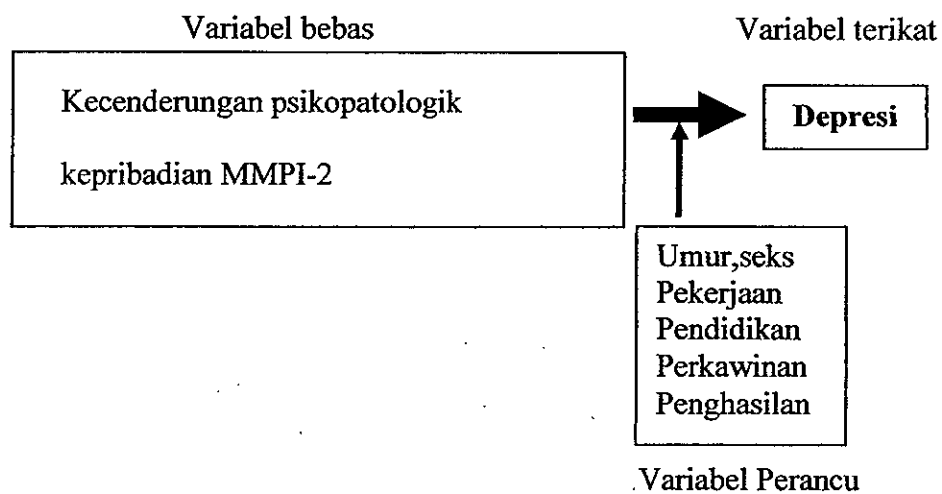
Depresi dan mania adalah sering terjadi setelah cedera kepala. Depresi mayor terjadi hampir 25% pada penderita dengan cedera kepala.⁴ Merasa kehilangan, demoralisasi dan *discouragement* terlihat segera setelah cedera dan sering terlihat dengan gejala disforik yang persisten. *Fatigue, irritability, suicidal thought, anhedonia, disinterest* dan *insomnia* tampak pada beberapa pasien 6 – 12 bulan atau bahkan lebih lama setelah cedera kepala. Studi secara klinis dan riset juga menunjukkan bahwa *poor premorbid level of functioning* dan riwayat gangguan psikiatri sebelumnya adalah faktor risiko mayor untuk depresi.¹¹

Outcome dipengaruhi oleh faktor-faktor termasuk umur, *socio economic status*, level pendidikan, gangguan psikiatri sebelumnya (*Alkohol, drug abuse*, gangguan kepribadian) dan tingkat fungsi sosial premorbid.¹²

F. KERANGKA TEORI



G. KERANGKA KONSEP



H. HIPOTESIS

1. Ada hubungan antara jenis kelamin dengan depresi pada penderita cedera kepala ringan
2. Ada hubungan antara umur dengan depresi pada penderita cedera kepala ringan.
3. Ada hubungan antara status perkawinan dengan depresi pada penderita cedera kepala ringan.
4. Ada hubungan antara pendidikan dengan depresi pada penderita cedera kepala ringan.
5. Ada hubungan antara pekerjaan dengan depresi pada penderita cedera kepala ringan.
6. Ada hubungan antara penghasilan dengan depresi pada penderita cedera kepala ringan.
7. Ada hubungan antara psikopatologi kepribadian MMPI-2 *cluster* B dengan depresi pada penderita cedera kepala ringan.
8. Ada hubungan antara psikopatologi kepribadian MMPI-2 *cluster* C dengan depresi pada penderita cedera kepala ringan.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. RUANG LINGKUP

Tempat : Penderita yang berobat ke Rumah Sakit Dokter Kariadi dan Rumah Sakit Tentara Bhakti Wira Tamtama yang berdomisili di Kotamadya Semarang.

Waktu : Juni 2006 - Maret 2007

Pengambilan sampel dilakukan dengan wawancara dan tes MMPI-2.

B. JENIS DAN DESAIN PENELITIAN

1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik yang bersifat penjelasan (*Explanatory*), yaitu menjelaskan hubungan antara variabel bebas dan terikat melalui pengujian yang telah dirumuskan (Notoatmodjo, 2002).

2. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah survey dengan pendekatan Kohort Prospektif.

C. POPULASI DAN SAMPEL

1. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien cedera kepala ringan di Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama Semarang pada bulan Juni 2006 - Maret 2007.

2. Sampel Penelitian

Sampel pada penelitian ini adalah *Purposive Sampling* yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

- 1) Trauma kepala tertutup
- 2) Cedera kepala ringan GCS 13 – 14
- 3) Usia > 18 th

b. Kriteria Eksklusi :

- 1) Kelainan psikiatri sebelum cedera kepala ringan
- 2) Penderita cedera kepala yang mengalami mulclusterl trauma
- 3) Riwayat penyakit neurologis sebelumnya
- 4) Riwayat penyakit kronis

Σ Subyek penelitian :

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z\alpha\sqrt{2pq} + Z\beta\sqrt{p_1q_1 + p_2q_2})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$p_1 = 30 \%$$

$$p_2 = 60 \%$$

$$\alpha = 0.05 \text{ dengan level confidence } 95 \%$$

$$Z_\beta = 80 \%$$

$$n = 49$$

D. VARIABEL PENELITIAN

1 Variabel bebas

Kecenderungan psikopatologi kepribadian MMPI-2 pada penderita cedera kepala ringan.

2 Variabel terikat

Kejadian Depresi pada penderita cedera kepala ringan.

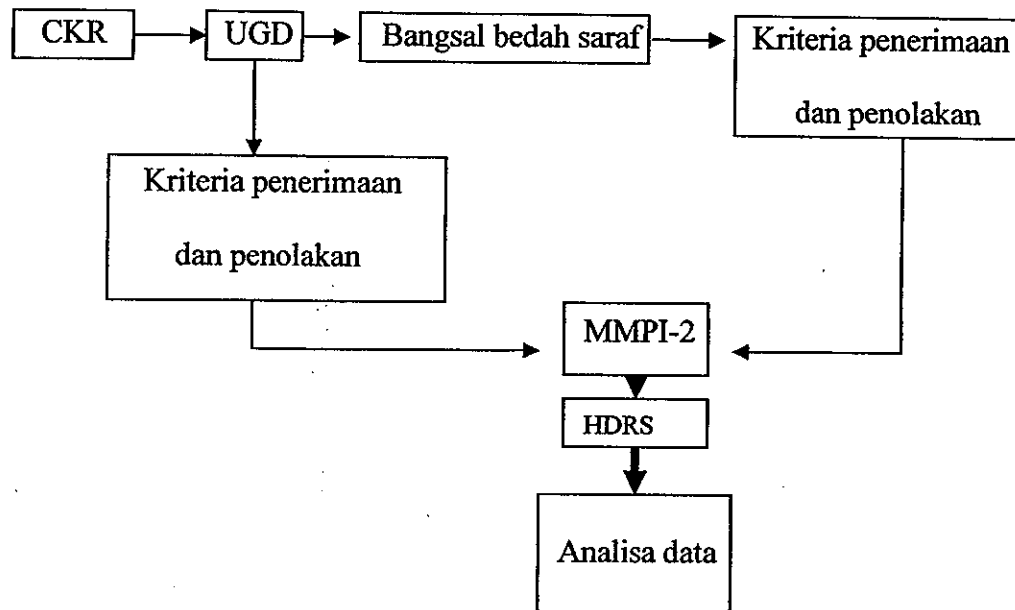
3. Variabel Perancu

Karakteristik demografi meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan

E. CARA KERJA

1. Karakteristik kasus dengan wawancara baik cara langsung maupun tidak langsung : Nama, Jenis Kelamin, Umur, Alamat, Pekerjaan kemudian masukkan ke dalam formulir.
2. Data klinis neurologis meliputi: Skor Skala koma Glasgow. Data tersebut diambil dengan wawancara dan hasil pemeriksaan dokter bedah saraf atau bedah
3. Pemeriksaan profil psikopatologi kepribadian dengan MMPI-2 1 minggu setelah cedera kepala.
4. Data ada atau tidak ada depresi diambil pada wawancara memakai instrument HDRS 1 bulan setelah cedera kepala

F. ALUR KERJA



G. DROP OUT

- Menolak melanjutkan pemeriksaan
- Tinggal diluar kota

H. ANALISA DATA

1. Analisis Univariat

Dideskripsikan setiap variabel secara terpisah dengan membuat tabel distribusi frekwensi.

2. Analisis Bivariat

Untuk dicari hubungan dua variabel. Analisis menggunakan tabel silang untuk mendiskripsikan variabel bebas dan variabel terikat dengan melihat kecenderungan antara masing-masing variabel penelitian.

Uji *Chi Square* digunakan untuk melihat hubungan antar variabel bebas dan variabel terikat pada tingkat kemaknaan tertentu dan derajat kebebasan tertentu berdasarkan $p \text{ value} < 0,05$ (Notoatmodjo S, 2002) Semua analisa dilakukan dengan bantuan komputer menggunakan Program *SPSS 14.00 For Window*.

Batasan Operasional

1. Variabel bebas

MMPI merupakan tes kepribadian merujuk pada pembahasan ada tidaknya psikopatologi, karena statemen pertanyaannya membandingkan kelompok normatif normal dengan kelompok kasus. Dari hasil tes ini dapat disimpulkan cluster MMPI sebagai berikut :

Normal bila Skala klinik ≤ 65 .

Cluster A bila Skala klinik 6 (Pa) ≥ 65 , atau 8 (Sc) ≥ 65

Cluster B bila Skala klinik 1 (Hs), 3 (Hy), 4 (PD) ≥ 65

Cluster C bila Skala klinik 7 (PT) ≥ 65

Dan dikategorikan sebagai berikut:

- a. Kecenderungan tidak terjadi depresi pada penderita cedera kepala ringan, jika hasil MMPI Normal dan cluster A.
- b. Kecenderungan terjadi depresi pada penderita cedera kepala ringan, jika hasil MMPI cluster B dan cluster C.

Skala : Ordinal

2. Variabel terikat

Kategori HDRS adalah nilai yang menunjukkan simptom depresi pada penderita cedera kepala ringan. Dikategorikan sebagai berikut:

- a. Jika nilai HDRS ≤ 7 , penderita cedera kepala ringan dikatakan tidak mengalami simptom depresi
- b. Jika nilai HDRS ≥ 8 , penderita cedera kepala ringan dikatakan mengalami simptom depresi.

Skala : Ordinal

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilaksanakan pada 49 responden, dimana responden adalah penderita dengan cedera kepala ringan yang berobat di Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wiratamtama Semarang pada tahun 2007. Teknik pengambilan sampel secara total populasi (*population as total sampel*). Sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

A. ANALISIS UNIVARIAT

1. Jenis Kelamin

Gambaran responden menurut jenis kelamin penderita dengan cedera kepala ringan seperti pada tabel 1.

Tabel 1 Distribusi Jenis Kelamin Penderita Dengan Cedera Kepala Ringan di Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wiratamtama Semarang Tahun 2007.

Jenis Kelamin	n	%
Laki-laki	20	40,8
Perempuan	29	59,2
Jumlah	49	100

Dari tabel 1 menunjukkan bahwa jenis kelamin penderita dengan cedera kepala ringan sebagian besar perempuan, yaitu sebanyak 29 orang (59,2%) dan sisanya berjenis kelamin laki-laki sebanyak 20 orang (40,8%).

2. Umur

Gambaran responden menurut umur penderita dengan cedera kepala ringan seperti pada tabel 2.

Tabel 2 Distribusi Umur Penderita Dengan Cedera Kepala Ringan di Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wiratamtama Semarang Tahun 2007.

Umur	n	%
Kurang 20 th	10	20,4
20-30 th	21	42,9
Lebih 30 th	18	36,7
Jumlah	49	100

Dari tabel 2 menunjukkan bahwa umur penderita dengan cedera kepala ringan sebagian besar antara 20-30 tahun sebanyak 21 orang (42,9%), berumur lebih dari 30 tahun sebanyak 18 orang (36,7%) dan sisanya berumur kurang dari 20 tahun sebanyak 10 orang (20,4%).

3. Status Perkawinan

Gambaran responden menurut status perkawinan penderita dengan cedera kepala ringan seperti pada tabel 3.

Tabel 3 Distribusi Status Perkawinan Penderita Dengan Cedera Kepala Ringan di Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wiratamtama Semarang Tahun 2007.

Status Perkawinan	n	%
Kawin	23	46,9
Tidak Kawin	26	53,1
Jumlah	49	100

Dari tabel 3 menunjukkan bahwa status perkawinan penderita dengan cedera kepala ringan sebagian besar berstatus tidak kawin sebanyak 26 orang (53,1%), berstatus kawin sebanyak 23 orang (46,9%)

4. Pendidikan

Gambaran responden menurut pendidikan penderita dengan cedera kepala ringan seperti pada tabel 4.

Tabel 4 Distribusi Pendidikan Penderita Dengan Cedera Kepala Ringan di Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wiratamtama Semarang Tahun 2007.

Pendidikan	n	%
Tinggi	44	89,8
Rendah	5	10,2
Jumlah	49	100

Dari tabel 4 menunjukkan bahwa pendidikan penderita dengan cedera kepala ringan sebagian besar berpendidikan kategori tinggi, yaitu

SMA dan Perguruan Tinggi sebanyak 44 orang (89,8%) dan sisanya berpendidikan rendah, yaitu Sekolah Menengah Pertama sebanyak 5 orang (10,2%).

5. Pekerjaan

Gambaran responden menurut pekerjaan penderita dengan cedera kepala ringan seperti pada tabel 5.

Tabel 5 Distribusi Pekerjaan Penderita Dengan Cedera Kepala Ringan di Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wiratamtama Semarang Tahun 2007.

Pekerjaan	n	%
PNS/TNI	8	16,3
Wiraswasta	6	12,2
Karyawan Swasta	23	46,9
Tidak Bekerja	12	24,5
Jumlah	49	100

Dari tabel 5 menunjukkan bahwa pekerjaan penderita dengan cedera kepala ringan sebagian besar sebagai karyawan swasta, yaitu sebanyak 23 orang (46,9%), bekerja PNS/TNI sebanyak 8 orang (16,3%) dan sisanya tidak bekerja sebanyak 12 orang (24,5%).

6. Penghasilan

Gambaran responden menurut penghasilan penderita dengan cedera kepala ringan seperti pada tabel 6.

Tabel 6 Distribusi Penghasilan Penderita Dengan Cedera Kepala Ringan di Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wiratamtama Semarang Tahun 2007.

Penghasilan	n	%
Tidak berpenghasilan	14	28,6
Rp 500 ribu – 1 juta	26	53,1
1 juta -1,5 juta	5	10,2
1,5 juta -2 juta	3	6,1
Lebih 2 juta	1	2,0
Jumlah	49	100

Dari tabel 6 menunjukkan bahwa penghasilan perbulan penderita dengan cedera kepala ringan sebagian besar antara 500 ribu sampai 1 juta sebanyak 26 orang (53,1%), yang tidak berpenghasilan atau tidak bekerja 14 orang (28,6%) dan hanya 1 orang yang berpenghasilan lebih dari 2 juta rupiah.

7. Cluster Kepribadian

Gambaran responden menurut cluster kepribadian penderita dengan cedera kepala ringan seperti pada tabel 7.

Tabel 7 Distribusi Cluster Kepribadian Penderita Dengan Cedera Kepala Ringan di Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wiratamtama Semarang Tahun 2007.

Cluster Kepribadian	n	%
Normal	21	42,9
Cluster A	10	20,4
Cluster B	16	32,7
Cluster C	2	4,1
Jumlah	49	100

Dari tabel 7 menunjukkan bahwa cluster MMPI penderita dengan cedera kepala ringan sebagian besar normal, yaitu sebanyak 21 orang (42,9%), cluster A sebesar 20,4% , cluster B sebesar 32,7% dan hanya 2 orang dengan cluster C (5,1%).

8. Kategori Kepribadian

Gambaran responden menurut Kategori Kepribadian penderita dengan cedera kepala ringan seperti pada tabel 8.

Tabel 8 Distribusi Kategori Kepribadian Penderita Dengan Cedera Kepala Ringan di Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wiratamtama Semarang Tahun 2007.

Kategori Kepribadian	n	%
Cenderung Tidak Depresi (Normal dan Cluster A)	31	63,3
Cenderung Depresi (Cluster B dan Cluster C)	18	36,7
Jumlah	49	100

Dari tabel 8 menunjukkan bahwa kategori MMPI penderita dengan cedera kepala ringan sebagian besar tidak menyebabkan depresi yaitu sebanyak 31 orang (63,3%) dan kategori dapat menyebabkan depresi yaitu cluster B dan cluster C sebanyak 18 orang (36,7%).

9. Kategori HDRS

Gambaran responden menurut kategori HDRS penderita dengan cedera kepala ringan seperti pada tabel 9.

Tabel 9 Distribusi Frekuensi Kategori HDRS Penderita Dengan Cedera Kepala Ringan di Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wiratamtama Semarang Tahun 2007.

Kategori HDRS	n	%
Tidak Depresi	24	49,0
Depresi	25	51,0
Jumlah	49	100

Dari tabel 9 menunjukkan bahwa Kategori HDRS penderita dengan cedera kepala ringan sebagian besar depresi , yaitu sebanyak 25 orang (51%) dan sisanya 24 orang (49%) tidak depresi.

B. ANALISIS BIVARIAT

1. Hubungan jenis kelamin dengan kategori HDRS.

Tabel 10 Hubungan Jenis Kelamin Dengan Kategori HDRS di Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wiratamtama Semarang Tahun 2007.

Jenis Kelamin	Kategori HDRS		Total
	Depresi	Tidak Depresi	
Laki-laki	14 (70%)	6 (30%)	20 (100%)
Perempuan	11 (37,9%)	18 (62,1%)	29 (100%)
Total	25	24	49

p value = 0,027.

Dari tabel 10 di atas dapat diketahui bahwa proporsi responden yang menderita depresi berjenis kelamin laki-laki lebih banyak sebesar 70%, jika dibandingkan yang berjenis kelamin perempuan sebesar 37,9%, sedangkan proporsi responden yang tidak menderita depresi berjenis kelamin perempuan lebih banyak sebesar 62,1%, jika dibandingkan yang berjenis kelamin laki-laki sebesar 30%.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan tingkat kepercayaan 0,05 diketahui nilai $p = 0,027$ ($p < 0,05$) H_0 ditolak H_a diterima artinya ada hubungan yang bermakna / signifikan antara jenis kelamin dengan kategori HDRS.

Data epidemiologis menyatakan laki-laki 2 – 3 kali lebih sering menderita cedera kepala dibandingkan dengan perempuan.⁴

Hal ini diasumsikan bahwa laki-laki lebih sering mempunyai kegiatan diluar sehingga mudah terpapar dengan risiko cedera kepala .

Penelitian ini berlawanan dengan yang dilakukan oleh Jorge dkk, mereka menemukan bahwa variabel jenis kelamin tidak berhubungan dengan depresi paska cedera kepala.⁹ Penelitian Van reekum menemukan bahwa wanita lebih banyak menderita depresi dibandingkan laki-laki paska cedera kepala.⁴²

2. Hubungan Antara Umur Dengan Kategori HDRS.

Tabel 11 Hubungan Umur Dengan Kategori HDRS di Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wiratamtama Semarang Tahun 2007.

Jenis Kelamin	Kategori HDRS		Total
	Depresi	Tidak Depresi	
Kurang 20 th	6 (60%)	4 (40%%)	10 (100%)
20-30 th	12 (57,1%)	9 (42,9%)	21 (100%)
Lebih dari 30 th	7 (38,9%)	11 (61,1%)	18 (100%)
Total	25	24	49

p value = 0,428.

Dari tabel 11 di atas dapat diketahui bahwa responden yang menderita depresi lebih banyak berumur kurang dari 20 tahun sebesar 60% dibandingkan responden yang berumur antara 20-30 tahun sebesar 57,1% dan berumur lebih dari 30 tahun sebesar 38,9%, sedangkan responden yang tidak menderita depresi lebih banyak berumur lebih dari 30 tahun sebesar 61,1% dibandingkan responden yang berumur antara 20-30 tahun sebesar 42,9% dan berumur kurang dari 20 tahun sebesar 40%.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan tingkat kepercayaan 0,05 diketahui nilai $p = 0,428$ ($p > 0,05$) H_0 diterima H_a ditolak artinya tidak ada hubungan yang bermakna / signifikan antara umur dengan kategori HDRS.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Debt dkk yang menemukan usia lebih tua berhubungan dengan penurunan risiko gangguan psikiatri setelah cedera kepala.¹² Rapport menemukan penderita usia lebih tua (≥ 60 th) relatif lebih mudah sembuh dari depresi mayor segera setelah cedera kepala. Tetapi berlawanan dengan penelitian Glen dkk yang menemukan usia lebih tua berhubungan dengan simptom depresi setelah cedera kepala.⁴¹

3. Hubungan Status Perkawinan dengan kategori HDRS.

Tabel 12 Hubungan Status Perkawinan Dengan Kategori HDRS di Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wiratamtama Semarang Tahun 2007.

Status Perkawinan	Kategori HDRS		Total
	Depresi	Tidak Depresi	
Kawin	9 (39,13%)	14 (60,87%)	23 (100%)
Tidak Kawin	16 (61,5%)	10 (38,5%)	26 (100%)
Total	25	24	49

p value = 0,117.

Dari tabel 12 di atas dapat diketahui bahwa responden yang mengalami depresi lebih banyak berstatus tidak kawin sebesar 61,5% dibandingkan dengan responden yang berstatus kawin sebesar 39,13%, responden yang tidak mengalami depresi lebih banyak berstatus kawin

sebesar 60,87% dibandingkan dengan responden berstatus tidak kawin sebesar 38,5%.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan tingkat kepercayaan 0,05 diketahui nilai $p = 0,117$ ($p > 0,05$) H_0 diterima H_a ditolak artinya tidak ada hubungan yang bermakna / signifikan antara status perkawinan dengan kategori HDRS.

Hal ini diasumsikan bahwa penderita cedera kepala ringan yang tidak kawin kurang mendapatkan dukungan sosial daripada mereka yang menikah dan mereka lebih sering merasa masa depan menjadi suram karena terancam kehilangan pekerjaan dan kesempatan dalam karier. sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Jorge dkk, mereka menemukan bahwa variabel status perkawinan tidak berhubungan dengan depresi pada cedera kepala.⁹ Berlainan dengan Van reekum yang menemukan status perkawinan mempengaruhi *neuropsychiatric disability*.⁴²

4. Hubungan Pendidikan dengan kategori HDRS.

Tabel 13 Hubungan Pendidikan Dengan Kategori HDRS di Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wiratamtama Semarang Tahun 2007.

Pendidikan	Kategori HDRS		Total
	Depresi	Tidak Depresi	
Rendah (SLTP)	3 (60,0%)	2 (40,0%)	5 (100%)
Tinggi (SLTA dan PT)	22 (50,0%)	22 (50,0%)	44 (100%)
Total	25	24	49

$p \text{ value} = 0,520$.

Dari tabel 13 di atas dapat diketahui bahwa responden yang menderita depresi lebih banyak berpendidikan rendah sebesar 60% dibandingkan dengan yang berpendidikan tinggi sebesar 50%, sedangkan responden yang tidak menderita depresi lebih banyak berpendidikan rendah sebesar 40% dibandingkan dengan yang berpendidikan tinggi sebesar 50%.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan tingkat kepercayaan 0,05 diketahui nilai $p = 0,520$ ($p > 0,05$) H_0 diterima H_a ditolak artinya tidak ada hubungan yang bermakna / signifikan antara pendidikan dengan kategori HDRS.

Hal ini sesuai dengan penelitian Jorge dkk¹⁰ yang menemukan bahwa status pendidikan tidak berhubungan dengan depresi pada cedera kepala ringan, tetapi berlawanan dengan penelitian Debt dkk yang menemukan usia muda dan pendidikan rendah lebih sering depresi.⁴²

5. Hubungan Pekerjaan dengan kategori HDRS.

Tabel 14 Hubungan Pekerjaan Dengan Kategori HDRS di Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wiratamtama Semarang Tahun 2007.

Pekerjaan	Kategori HDRS		Total
	Depresi	Tidak Depresi	
PNS/TNI	6 (75,0%)	2 (25,0%)	8 (100%)
Wiraswasta	4 (66,7%)	2 (33,3%)	6 (100%)
Karyawan Swasta	7 (30,4%)	16 (69,6%)	23 (100%)
Tidak Bekerja	8 (66,7%)	4 (33,3%)	12 (100%)
Total	25	24	49

$p \text{ value} = 0,057.$

Dari tabel 14 di atas dapat diketahui bahwa responden yang menderita depresi lebih banyak bekerja sebagai PNS/ TNI sebesar 75% dibandingkan dengan responden yang bekerja sebagai wiraswasta sebesar 66,7%, tidak bekerja sebesar 66,7% dan karyawan swasta sebesar 30,4%, sedangkan responden yang tidak menderita depresi lebih banyak bekerja sebagai karyawan swasta sebesar 69,6% dibandingkan yang bekerja wiraswasta sebesar 33,3%, tidak bekerja 33,3% dan PNS/TNI sebesar 25%.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan tingkat kepercayaan 0,05 diketahui nilai $p = 0,365$ ($p > 0,05$) H_0 diterima H_a ditolak artinya tidak ada hubungan yang bermakna / signifikan antara pekerjaan dengan kategori HDRS .

Hal ini sesuai dengan penelitian Jorge dkk¹⁰ yang menemukan status pekerjaan tidak berhubungan dengan depresi pasca cedera kepala, tetapi berlawanan dengan penelitian Bowen yang menemukan status pekerjaan berhubungan dengan depresi. 60 % dari mereka yang tidak bekerja sebelum cedera kepala menderita depresi versus 33 % yang bekerja.⁴²

6. Hubungan Penghasilan dengan kategori HDRS.

Tabel 15 Hubungan Penghasilan Dengan Kategori HDRS di Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wiratamtama Semarang Tahun 2007.

Penghasilan	Kategori HDRS		Total
	Depresi	Tidak Depresi	
Tidak Berpenghasilan	8 (57,1%)	6 (42,9%)	14 (100%)
500 ribu - < 1 juta	10 (38,5%)	16 (61,5%)	26 (100%)
1 juta – 1,5 juta	3 (60,0%)	2 (40,0%)	5 (100%)
> 1,5 juta	4 (100%)	0 (0)	4 (100%)
Total	25	24	49

p value = 0,210.

Dari tabel 15 di atas dapat diketahui bahwa responden yang menderita depresi lebih banyak berpenghasilan lebih dari 1,5 juta sebesar 100% dibandingkan dengan responden yang berpenghasilan 1-1,5 juta sebesar 60%, tidak berpenghasilan sebesar 57,1% dan berpenghasilan 0,5-1 juta sebesar 38,5%, sedangkan responden tidak menderita depresi lebih banyak berpenghasilan antara 0,5-1 juta sebesar 61,5% dibandingkan dengan responden yang tidak berpenghasilan sebesar 42,9%, dan berpenghasilan 1-1,5 juta sebesar 40%.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan tingkat kepercayaan 0,05 diketahui nilai $p = 0,210$ ($p > 0,05$) H_0 diterima H_a ditolak artinya tidak ada hubungan yang bermakna / signifikan antara penghasilan dengan kategori HDRS.

Hal ini diasumsikan bahwa penderita yang tidak bekerja dan yang berpenghasilan $\geq 1,5$ Juta lebih mudah depresi dibandingkan dengan yang lain. Hal ini disebabkan pada mereka yang tidak berpenghasilan dan yang berpenghasilan $\geq 1,5$ Juta lebih mudah frustrasi dalam kehidupan mereka dibandingkan yang berpenghasilan rata-rata 500 ribu sampai 1 Juta.

7. Hubungan Cluster MMPI dengan kategori HDRS.

Tabel 16 Hubungan Cluster MMPI Dengan Kategori HDRS di Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wiratamtama Semarang Tahun 2007.

Cluster MMPI	Kategori HDRS		Total
	Depresi	Tidak Depresi	
Normal	9 (42,9%)	12 (57,1%)	21 (100%)
Cluster A	3 (30,0%)	7 (70,0%)	10 (100%)
Cluster B	12 (75,0%)	4 (25,0%)	16 (100%)
Cluster C	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (100%)
Total	25	24	49

p value = 0,111.

Dari tabel 16 di atas dapat diketahui bahwa responden yang menderita depresi lebih banyak dengan kategori MMPI Cluster B sebesar 75% dibandingkan dengan responden dengan kategori MMPI cluster C sebesar 50%, normal sebesar 42,9% dan cluster A sebesar 30%, sedangkan responden yang tidak menderita depresi lebih banyak dengan kategori MMPI cluster A sebesar 70 % dibandingkan dengan kategori MMPI normal sebesar 57,1%, cluster C 50% dan cluster B 25%.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan tingkat kepercayaan 0,05 diketahui nilai $p = 0,111$ ($p > 0,05$) H_0 diterima H_a ditolak artinya tidak ada hubungan yang bermakna / signifikan antara cluster MMPI dengan kategori HDRS.

Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa kepribadian cluster B, mis Dependen oral, Obsesif-kompulsif, histerikal mungkin berada dalam risiko yang lebih besar untuk menjadi depresi daripada cluster kepribadian A, mis Paranoid.²⁵

8. Hubungan Kategori MMPI dengan kategori HDRS.

Tabel 17 Hubungan Kategori MMPI Dengan Kategori HDRS di Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang dan Rumah Sakit Bhakti Wiratamtama Semarang Tahun 2007.

Kategori MMPI	Kategori HDRS		Total
	Depresi	Tidak Depresi	
Normal dan Cluster A	12 (38,7%)	19 (61,3%)	31 (100%)
Cluster B dan C	13 (72,2%)	5 (27,8%)	18 (100%)
Total	25	24	49

$p \text{ value} = 0,024.$

Dari tabel 17 di atas dapat diketahui bahwa responden yang menderita depresi lebih banyak dengan kategori MMPI cluster B dan cluster C sebesar 72,2%, dibandingkan dengan responden dengan kategori MMPI normal dan cluster A sebesar 38,7%, sedangkan responden yang tidak menderita depresi lebih banyak dengan kategori MMPI normal dan

cluster A sebesar 61,3%, dibandingkan dengan responden dengan kategori MMPI cluster B dan cluster C sebesar 27,8%.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan tingkat kepercayaan 0,05 diketahui nilai $p = 0,024$ ($p < 0,05$) H_0 ditolak H_a diterima artinya ada hubungan yang bermakna / signifikan antara kategori MMPI dengan kategori HDRS.

Hal ini diasumsikan bahwa penderita cedera kepala dengan MMPI Profil kepribadian cluster B dan C cenderung merupakan faktor risiko mengalami simptom depresi.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN

Setelah dilakukan penelitian tentang hubungan kecenderungan psikopatologi kepribadian MMPI-2 dengan kejadian depresi pada penderita cedera kepala ringan di Rumah Sakit Dokter Kariadi dan Rumah Sakit Tentara Bhakti Wira Tamtama Semarang, dapat disimpulkan bahwa :

1. Jenis kelamin berhubungan bermakna dengan kejadian depresi pada cedera kepala ringan dan hasil uji statistik dengan *chi square* diketahui nilai $p = 0,027$
2. Kategori MMPI-2 kecenderungan psikopatologi kepribadian *cluster B* dan *C* berhubungan bermakna dengan kejadian depresi pada penderita dengan cedera kepala ringan dan hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan tingkat kepercayaan 0,05 diketahui nilai $p = 0,024$

B. SARAN

Berdasarkan hasil penelitian diatas maka dapat disarankan sebagai berikut:

1. Bagi Institusi

Untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan terutama penanganan penderita dengan cedera kepala ringan diperlukan standar pelayanan yang sesuai dengan kondisi pasien agar kejadian depresi dapat dideteksi secara dini.

2. Bagi Profesi

Dari hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran mengenai profil kepribadian pada penderita dengan cedera kepala ringan, sehingga dapat dilakukan penanganan lebih dini untuk mencegah kejadian depresi.

3. Penelitian lebih lanjut

Diperlukan penelitian lebih lanjut tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian depresi pada penderita cedera kepala ringan.

C. KETERBATASAN PENELITIAN

Keterbatasan dalam penelitian ini dikarenakan adanya keterbatasan waktu, tenaga dan biaya, sehingga terdapat beberapa kelemahan. Pertama waktu yang digunakan hanya 1 bulan sehingga mungkin kurang dapat memberikan gambaran yang lengkap tentang faktor risiko kriteria demografik dan kecenderungan psikopatologik kepribadian MMPI-2 terhadap kejadian depresi pada cedera kepala ringan. Kedua sampel penelitian kurang banyak dan tanpa dilakukan kontrol. Ketiga tidak dilakukan dengan wawancara yang lebih terstruktur. Keempat tidak meneliti faktor biologi dan genetika.

DAFTAR PUSTAKA

1. Amir N : Hippocampus and Depression ; The Neurobiology of Antidepressant
PIDT 2003.
2. Amir N , Depresi Aspek Neurobiologi Diagnosis dan Tatalaksana, FK UI,
Jakarta 2005 : 1-2.
3. Wahjoepramono E J Cedera kepala . Fakultas kedokteran Universitas Pelita
Harapan, Karawaci, Tangerang 2005 . hal 1-2 .
4. Jorge RE, Max JE, Robinson RG ; Neuropsychiatric Aspects of Traumatic
Brain Injury; Kaplan H, Saddock B In Comprehensive Textbook of Psychiatry
7th Ed 2000.
5. Jennet B, Teasdale G : Management of Head Injuries in The Acute Stage In
management of head Injury. FA Davis Company Philadelphia; 1981:211 – 52.
6. Koponen S. et. al Axis I and II Psychiatric Disorders After Traumatic Brain
Injury : A 30-Year Follow-Up Study. Amj Psychiatry 2002 ; 159 : 1315-1324.
7. Dignostik And Statistical Manual of Mental Disorders 4th ED, American
Psychiatric Associatioan Washington DC, 1994,366-70.
8. Levin HS, Mc Couley SR, Josic CP et al ; Predicting Depression Following
Mild Traumatic Brain Injury. Arch Gen Psychiatry.2005; 62:523-528.
9. Jorge RE, Robinson RG, Moser D, Tateno A, Crespo-Facarro B, Arndt S. ;
Major Depression Following Traumatic Brain Injury. Arch Gen Psychiatry.
2004;61:42-50

10. Jorge RE, Amdt SV, Starkstein SE, Forrester AW, Geisler F : Depression following Traumatic Brain Injury : A 1 Year longitudinal Study. J Affect Discord 27: 233,1993.
11. Fedoroff JP, Starkstein SE, Forrester AW, Geisler FH et al ; Depression in patients with acute Traumatic Brain Injury; Am J Psychiatry 1992; 149:918-23 American Psychiatric Press, Inc.
12. Rao V, Lyketsos C ; Neuropsychiatric Sequelae of Traumatic Brain Injury. Psychosomatics 2000;41:95-103.
13. Muttaqin Z; Cedera Kepala. Kumpulan bahan bacaan Matakuliah Ilmu Bedah Saraf.
14. Adam RD, Viktor M: Craniocerebral Trauma in Principles of Neurology, 5th Ed Mc Graw Hill, Singapore; 1993: 749-75.
15. Jennet B: Epidemiology of Head Injury. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 1998; 60: 362-69.
16. Bailey BN, Guderman SK : Minor Head Injury in Textbook of Head Injury. WB Saunders, Philadelphia; 1989 : 308-18.
17. Vollner DG, Dacey RG, Jane JA : Craniocerebral Trauma In Clinical Neurology Vol 3, Revised ed JB Lippincort, Philadelphia; 1993: 1-69
18. Teasdale GM : Neurological Management Head Injury. Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry; 1995,58 : 526-539.
19. NN: Catatan medik penderita rawat inap ruang bedah saraf RSUP Dr. Kariadi, Semarang ; 1995

20. Krauss JF : Epidemiology of mild uncomplicated brain injury. J Trauma, 29; 1988 : 1637-1643.
21. Rimel RW, Giordani B, Barth JT, et al : Disability caused by Minor Head Injury, Neurosurgery, 9; 1981: 221-28.
22. Dacey RG, Alves WM, Jane JA, et al : Neurosurgical Compilation after Apparently Minor Head Injury : Assessment of risk in series of 610 pasien J Neurosurgery, 65; 1986 : 203-10.
23. Narajan RH, Wilberger JE, Povlishock, Neurotrauma, General Principles of Head Injury Management, New York : Mc Graw Hill; 1996,71-75.
24. Cedera Kepala dalam Advance Life Support for doctor, Student course manual 1997.
25. Kaplan H, Saddock B . Sinopsis psikiatri: Ilmu pengetahuan perilaku klinis edisi ke tujuh, Bina Rupa Aksara, Jakarta, 1997: 777-834.
26. Durand VM, Barlow DH . Intisari psikologi abnormal edisi keempat, Pusataka pelajar, Yogyakarta 2006 : 294-308.
27. Wibisono S, Profil Kepribadian (Menurut Profil MMPI) Mahasiswa Kedokteran dalam hubungan dengan kesulitan studi, Jiwa, Indon, Psychiat, Quart. XXVI :4: 1993.
28. Azwar AH, Pemakaian Klinik Inventorik Kepribadian (MMPI), Jiwa Indon, Psychiat, Quart, XXVI : 4: 1993.
29. Calvin S Hall, Gardner Lindsay: Psikologi kepribadian 1-3: Alih Bahasa Supratiknya A: Penerbit Kanisius, Jogjakarta 2005.

30. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia, Direktorat Kesehatan Jiwa, Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI, edisi 2 1983.
31. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia, Direktorat Kesehatan Jiwa, Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI, edisi 3 1993.
32. Kaplan H, Saddock B : Synopsis of Psychiatry behavioral Sciencies, Ninth Edition : Lippincort & William Wilkins Philadelphia USA, 2002.
33. Cloninger CR, Svrakic DM ; Personality Disorders Kaplan H, Saddock B. In Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th Ed 2000.
34. Ivan Tani Putera, Psikologi Kepribadian, 2005: 43-51.
35. Graham JR, The MMPI A Practical Guide, 2 nd ed, 1987.
36. Hawari D, Manfaat Pemeriksaan MMPI Sebagai Penunjang Pelengkap Diagnosis Klinik Gangguan Kepribadian, Jiwa., Indon, Psychiatry, Quart, XX, 4, 1990.
37. Graham JR: MMPI-2 Assessing Personality and Psychopatology second Edition : Oxford University Press, New York 1993.
38. Maslim R: Manual Pelatihan MMPI-2 Indoesia: Indonesian Center for Mental Health Training and Research, Jakarta 2003.
39. Hubertus kasan H : Buku panduan workshop MMPI-2 : Profesional Training center, Jakarta 2006.
40. Laksama G: Beberapa Aspek Psikiatri Trauma Kepala, Jiwa, Indon, Psychiatry, Quart, 1990

41. Rapoport JM, Mccullagh S, Streiner D, Feinstein A : Age and Major Depression After Mild Traumatic Brain Injury, Am J Geriatr Psychiatry 2003; 11 : 365-69
42. Reekum VR, Cohen T, Wong J: Can Traumatic Brain Injury Cause Psychiatric Disorders ?, J Neuropsychiatry Clin Neurosci; 2000, 12 : 316-27.

Lampiran 1

STATUS PENELITIAN

HUBUNGAN KECENDERONGAN PSIKOPATOLOGI KEPERIBADIAN

MMPI-2 DENGAN DEPRESI PADA PENDERITA CEDERA KEPALA

RINGAN

IDENTITAS		
1	No. Penelitian	<input type="text"/> <input type="text"/>
2	Nama	Tidak dikode
3	No. CM	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4	Tanggal masuk RS / jam masuk	Tidak dikode
5	Alamat	Tidak dikode
6	Jenis kelamin 1. Laki-laki 2. Wanita	<input type="checkbox"/>
7	Umur (tahun)	<input type="text"/> <input type="text"/>
8	Status perkawinan 1. Kawin 2. Janda 3. Duda 4. Tdk kawin	<input type="checkbox"/>
9	Pendidikan 1. SD 2. SLTP 3. SMU 4. Universitas 5. Tdk sekolah	<input type="checkbox"/>
10	Pekerjaan 1. PNS / TNI	

	2. Wiraswasta 3. Buruh / tani 4. Lain-lain 5. Tdk bekerja	
--	--	--

11	Perhasilan tiap bulan 1. 500 Rb – 1 Jt 2. 1 Jt – 1,5 Jt 3. 1,5 Jt – 2 Jt 4. ≥ 2 Jt	<input type="checkbox"/>
----	---	--------------------------

Lampiran 2

Hamilton Rating Scale Depression (Skala nilai depresi dari Hamilton)

1. Keadaan perasaan depresi (sedih, putus asa, tak berdaya, tak berguna)
0 1 2 3 4
0. Tidak ada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 1. perasaan ini hanya dinyatakan bila di tanya
 2. perasaan ini hanya dinyatakan secara verbal spontan
 3. Ada perasaan depresi yang nyata tanpa komunikasi Verbal (ekspresi fasial, suara dan kecenderungan menangis)
 4. Ada perasaan depresi yang sesungguhnya dan pasien Menyatakan ini dalam komunikasi baik verbal maupun non verbal Secara spontan
2. Perasaan bersalah
0 1 2 3 4
0. Tidak ada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 1. Menyalahkan diri sendiri, merasa sebagai sebab penderitaan orang lain
 2. ide – ide bersalah atau renungan kesalahan masa lalu
 3. sakit ini adalah sebagai hukumannya, delusi bersalah
 4. Ada suara – suara kejaran/tuduhan dengan halusinasi visual Tentang hal – hal yang mengancamnya
3. Bunuh diri
0 1 2 3 4
0. Tidak ada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 1. Merasa hidup tak ada gunanya
 2. Mengharapkan kematian atau pikiran – pikiran lain kearah itu
 3. Ada ide – ide untuk bunuh diri atau langkah – langkah kearah itu
 4. Ada percobaan bunuh diri
4. Insomnia early
0 1 2
0. Tidak ada kesukaran untuk segera tidur ☐ ☐ ☐
 1. Ada keluhan kadang – kadang sukar untuk segera tidur Misalnya lebih dari setengah jam baru bisa tidur
 2. Ada keluhan tiap malam sukar untuk segera tidur
5. Insomnia middle
0 1 2
0. Tidak ada kesukaran mempertahankan tidur ☐ ☐ ☐
 1. Pasien mengeluh, gelisah dan terganggu sepanjang malam
 2. terjaga sepanjang malam (bangun dari tempat tidur kecuali buang air)
6. Insomnia late
0 1 2
0. Tidak ada keluhan bangun tidur terlalu pagi ☐ ☐ ☐

1. keluhan bangun diwaktu fajar dan dapat tidur lagi
2. Keluhan bangun diwaktu fajar dan tidak bisa tidur lagi

7. Kerja dan kegiatannya

0. Tidak ada kesukaran

0 1 2 3 4

1. Ada pikiran – pikiran dan perasaan – perasaan tidak mampu,
Keletihan atau kelemahan yang berhubungan dengan kegiatan kerja/hobi
2. Hilangnya minat akan kegiatan atau hobby, pekerjaan, baik secara
Langsung atau tidak. Pasien menyatakan kelseuan, keraguan
dan rasa bimbang (merasa bahwa ia harus memaksa diri untuk
bekerja atau dalam kegiatan lain)
3. Adanya berkurang waktu efektivitas sehari – hari atau kurang
Produktivitas. Di RS. Pasien tidak sanggup beraktivitas sekurang
Kuranganya 3 jam/hari dalam kegiatan sehari – hari.
4. Tidak bisa bekerja karena sakitnya. Di RS pasien tidak bisa
bekerja sama lagi atau gagal melaksanakan kegiatan di bangsal tanpa
bantuan

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

8. Kelambanan

0 1 2 3 4

0. Normal dalam bicara dan berpikir
1. Ada sedikit kelambanan dalam wawancara
2. Jelas sekali lamban dalam wawancara
3. Sukar diwawancarai
4. Diam sama sekali / stupor dalam wawancara

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

9. Agitasi / kegelisahan

0 1 2 3 4

0. Tidak ada
1. Ada kegelisahan ringan
2. Kegelisahan dan memainkan tangan, rambut dan lainnya
3. Bergerak tidak bisa duduk tenang
4. meremas – remas tangan, menggigit bibir

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

10. Anxitas psikis

0 1 2 3 4

0. Tidak ada kesukaran
1. Ada ketegangan subyektif dan mudah terseinggung
2. Mengkhawatirkan hal – hal yang kecil
3. Sikap khawatir yang tercermin dari wajah atau pembicaraannya
4. Ada ketakutan yang diutarakan tanpa ditanya

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

11. Anxietas somatic

0 1 2 3 4

0. Tidak ada
1. Ringan, misalnya Gastrointestinal
2. Moderat, misalnya GI + kardivaskular
3. Berat, misalnya GI + KV + pernafasan

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

12. Gejala Somatik gastrointestinalis

0 1 2 3 4

0. Tidak ada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1. Nafsu makan berkurang, tetapi dapat makan tanpa dorongan Teman, merasa perut penuh.
2. Sukar makan tanpa dorongan teman, membutuhkan pencakar Untuk defikasi atau obat- obatan pada saluran cerna

13. Gejala somatik umum

0 1 2 3 4

0. Tidak ada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1. Anggota gerak punggung ataukepala terasa berat, sakit di Punggung leher dan otot – otot
2. Gejala 13, 1 lebih jelas

14. Gejala pada genital dan libido/gangguan mens dan kehilangan

0 1 2 3 4

Libido

0. Tidak ada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1. Ringan
2. Berat

15. hipokondrisis

0 1 2 3 4

0. Tidak ada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1. Dirasakan sendiri
2. Preokupasi mengenai kesehatan diri sendiri
3. Sering mengeluh, membutuhkan pertolongan dan lain – lain
4. Waham hipokondriasis

16. Kehilangan berat badan

A. Bila hanya riwayatnya

0 1 2 3 4

0. Tidak ada kehilangan berat badan ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1. Kemungkinan berat badan berkurang berhubungan dengan sakit sekarang
2. Jelas menurut pasien berkurang berat badannya
3. Tidak terjelaskan lagi penurunan berat badannya

B. Di bawah pengawasan dokter bangsal secara mingguan jelas berat badan

Berkurang menurut ukuran :

0 1 2 3 4

0. < 0,5 Kg seminggu ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1. > 0,5 Kg seminggu
2. > 1 Kg seminggu
3. tidak ternyatakan lagi kehilangan berat badan

17. Insight

0 1 2 3 4

0. Mengetahui sedang depresi dan sakit

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1. mengetahui sakit, tetapi berhubungan dengan penyebab iklim,
makanan, bekerja berlebihan, virus, perlu istirahat dan lain - lain
2. Menyangkal sakit

Total skore untuk 17 Item

Normal : kurang dari 7

Ringan : 8 - 13

Sedang : 14 - 18

Berat : 19 - 22

Sangat berat : lebih dari 23

HASIL MMPI

HASIL MMPI				SUPPLEMENT										CLINIC										content																								
b	Validitas				SUPPLEMENT										CLINIC										content																							
	VR	TR	F	F(2)	L	K	S	H	D	HY	PD	MF	PA	PT	SC	M	SI	A	R	ES	DO	RE	MT	PK	MDS	HO	OH	MAC	AS	APS	GM	GF	ANX	FRS	DBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	ISE	SOD	FAM	VR	TR	
1	80	68	108	112	30	81	50	48	43	53	49	41	72	85	30	40	53	62	68	44	30	49	44	52	62	72	64	63	60	44	30	43	30	59	75	53	63	72	73	53	61	47	64	80	56	55	59	89
2	74	80	61	70	58	38	36	39	54	57	47	45	60	63	51	57	59	63	07	39	37	30	60	67	77	66	71	41	67	68	44	33	48	59	53	67	87	72	67	80	84	53	58	80	54	57	89	72
3	82	60	61	66	50	07	54	45	38	53	43	37	72	37	30	30	41	47	45	54	53	49	56	47	49	42	80	48	50	44	42	52	58	49	68	48	48	57	58	47	64	66	80	54	46	48	57	
4	82	80	79	85	68	76	83	51	54	70	65	68	69	67	30	41	49	49	49	54	33	30	41	82	52	72	61	66	56	87	30	43	43	47	68	53	60	64	66	47	64	72	60	76	48	80	55	57
5	99	50	70	83	107	95	45	44	42	57	54	57	48	72	35	51	49	60	60	30	45	48	39	80	72	65	84	48	65	48	30	30	57	56	84	70	53	82	60	57	54	82	64	57	50	80	66	71
6	88	57	118	30	114	05	54	58	61	66	48	44	86	46	70	53	69	68	84	31	45	37	64	73	51	59	76	67	80	33	30	46	55	84	63	68	74	70	58	52	72	50	83	50	57	63	61	
7	51	79	81	67	70	01	47	49	33	60	50	40	50	48	30	44	75	48	49	30	43	38	60	48	57	58	55	60	48	38	38	57	53	60	47	56	56	63	80	62	60	45	45	57	64	69		
8	84	57	30	30	30	39	33	75	89	59	58	108	83	110	81	66	80	30	30	30	30	30	74	100	89	79	38	73	80	62	30	37	77	100	84	53	87	112	82	74	72	72	76	80	82	81	81	
9	84	107	64	42	78	74	58	61	54	45	68	42	34	57	30	42	53	47	42	86	38	45	67	51	53	56	47	58	53	48	38	48	46	39	54	80	58	72	64	50	49	55	44	48	45	52	44	48
10	58	73	72	62	73	02	43	48	62	49	47	55	59	38	34	85	41	47	41	37	35	44	87	80	42	60	44	80	68	39	41	40	66	85	63	55	61	73	60	61	69	60	57	39	47	51	49	
11	50	118	40	70	68	07	41	51	43	53	49	34	57	49	32	30	39	52	04	32	45	42	68	55	52	42	59	66	50	36	35	43	59	76	56	93	59	56	50	51	68	65	54	47	61	64		
12	34	118	58	54	50	02	53	80	30	38	58	36	57	45	30	31	58	38	43	41	45	49	82	40	49	46	47	44	80	39	47	53	46	47	53	46	45	48	68	47	44	51	43	44	39	39	45	46
13	82	50	51	70	73	08	50	45	46	42	47	36	69	52	30	38	82	45	46	36	47	32	62	48	80	46	68	58	64	58	31	62	40	51	86	63	54	67	67	47	87	63	58	49	39	55	57	59
14	64	88	65	63	73	47	56	48	33	49	39	51	84	37	30	34	43	53	63	54	49	63	65	60	46	60	58	58	50	33	55	40	63	48	48	58	55	62	45	61	72	48	54	49	50	52	61	
15	66	65	92	68	73	81	65	80	61	81	82	66	67	67	35	40	45	66	47	64	35	32	47	67	61	72	45	58	59	50	30	32	35	55	68	46	82	70	61	47	44	52	45	47	58	80	48	53
16	50	118	44	60	88	05	61	53	43	55	61	36	67	52	30	39	50	45	46	57	53	42	58	55	51	50	47	59	42	44	60	62	61	49	53	48	48	61	66	80	48	47	84	55	64	50	50	53
17	78	95	90	77	73	47	37	39	35	59	54	60	82	74	42	50	88	55	02	41	39	30	35	64	76	68	44	61	60	33	41	40	66	62	63	67	58	79	90	87	89	73	60	51	75	87	77	
18	78	80	72	93	89	67	43	43	43	55	41	47	59	49	44	42	63	68	68	39	39	30	47	61	61	89	84	44	80	81	30	44	33	64	72	58	63	61	75	58	58	68	80	70	58	87	69	84
19	54	111	61	50	66	06	61	61	30	57	41	43	67	58	30	30	49	61	40	65	49	42	68	45	48	42	45	56	45	44	30	53	51	40	62	48	42	43	52	31	48	64	46	47	49	38	43	48
20	48	95	61	74	66	02	43	37	35	42	39	37	72	49	30	41	85	45	63	31	37	46	66	48	80	59	65	48	64	44	31	47	33	64	78	75	54	87	64	58	58	54	73	57	48	80	55	64
21	54	118	65	45	60	02	50	54	30	59	38	37	82	58	32	32	53	41	60	44	49	49	60	60	84	50	44	48	60	42	53	48	56	43	58	45	83	70	50	47	49	43	49	48	42	48	63	
22	85	80	90	115	58	38	35	37	65	64	56	53	67	85	67	70	69	68	08	45	30	30	72	80	59	71	41	80	61	47	30	40	81	76	87	80	72	76	72	72	79	77	76	46	82	80	92	
23	48	88	75	81	81	38	30	36	43	55	45	41	57	70	62	65	71	60	09	41	30	30	41	68	78	63	70	48	69	38	62	43	40	71	88	79	63	63	79	78	67	83	60	65	56	55	59	57
24	81	86	70	96	107	74	45	47	42	62	57	46	42	61	57	47	59	53	63	30	41	45	80	78	65	64	62	57	48	35	30	59	80	84	80	70	64	67	43	58	53	48	70	49	65	68	78	
25	73	57	73	63	70	01	64	58	31	57	57	35	44	42	30	34	53	58	44	65	49	48	66	48	57	56	48	62	43	41	30	35	50	50	54	44	48	60	64	48	61	63	53	55	47	60	54	

b	Validitas										CLINIC										SUPPLEMENT										content																	
	VR	IN	TR	IN	F	FD	L	K	S	HS	D	HY	PD	MF	PA	PT	SC	M	SI	A	R	ES	DO	RE	MT	PK	NDS	HO	OH	MAC	AAS	APS	GM	OF	ANX	FBS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	SOD	FAM	WRK
26	76	57	70	59	56	65	43	51	31	54	54	38	44	49	30	39	51	58	51	61	47	31	42	50	02	51	51	52	84	41	52	38	52	90	51	47	53	60	63	67	48	58	64	57	54	44	57	56
27	78	85	103	70	73	76	46	48	43	68	39	53	67	75	37	53	53	55	62	62	37	30	47	57	88	68	85	48	59	58	30	50	43	59	48	50	82	63	84	47	64	86	56	68	48	55	51	87
28	50	50	58	46	85	87	68	63	30	62	54	46	38	64	30	30	49	47	44	63	43	48	60	42	50	46	45	68	45	41	30	46	48	50	51	50	51	53	46	38	46	46	43	48	43	37	46	47
29	66	66	68	66	66	52	37	47	54	64	48	34	65	49	40	41	39	64	53	65	37	30	65	65	66	46	61	48	45	44	33	41	48	66	81	63	58	b	56	53	58	58	60	60	80	45	63	88
30	50	80	103	30	97	57	30	33	54	88	58	68	68	100	68	75	71	58	69	38	30	30	38	74	89	85	71	41	67	67	44	35	38	84	81	79	88	68	87	78	72	59	73	73	48	81	71	89
31	58	111	88	58	50	47	50	48	46	62	68	47	65	56	30	30	45	52	49	62	39	48	68	55	55	50	52	44	59	50	33	49	53	55	48	58	82	61	58	50	56	45	62	46	52	52	59	
32	58	50	81	86	66	57	41	41	43	49	41	32	92	42	30	34	51	49	49	41	33	30	44	55	58	59	59	52	59	58	38	44	40	64	62	53	54	59	58	60	64	59	53	47	46	60	54	55
33	78	57	116	30	78	56	35	38	68	74	61	57	46	86	70	77	75	88	77	30	30	30	39	82	83	69	67	31	82	58	54	30	37	87	74	73	83	87	108	74	62	85	88	55	74	83	89	
34	54	107	61	46	78	65	68	55	30	47	54	34	44	37	30	30	53	50	44	54	54	48	57	46	47	54	53	62	50	46	35	34	50	70	64	53	65	68	57	50	51	65	53	82	43	60	63	58
35	54	89	78	71	83	48	56	43	59	66	79	52	52	46	41	39	56	47	54	54	38	30	60	68	65	58	53	58	50	46	35	34	50	70	64	53	65	68	57	50	51	65	53	82	43	60	63	58
36	61	50	81	51	56	74	56	53	77	88	89	42	50	49	30	39	53	57	50	65	30	38	55	58	58	85	50	62	48	46	41	44	59	57	54	53	89	54	53	51	51	38	45	50	55	46	47	
37	85	92	73	108	85	70	58	48	31	61	54	35	34	64	33	37	45	58	50	58	43	34	39	50	53	46	57	52	69	58	38	34	37	53	80	47	55	58	74	38	51	55	41	59	52	50	56	84
38	89	57	70	55	63	52	58	47	54	84	52	57	46	72	35	42	41	50	57	58	43	30	47	64	70	74	52	62	55	46	38	42	54	67	51	59	81	68	67	40	51	55	53	7	49	60	58	61
39	74	118	61	81	81	71	48	48	49	53	61	43	80	56	40	48	49	41	57	60	39	42	56	58	74	42	58	63	40	50	42	50	48	81	72	63	67	61	67	78	51	47	64	60	48	50	52	57
40	66	80	72	62	73	52	37	41	30	51	38	63	72	49	33	42	76	48	53	39	47	42	35	58	63	72	84	37	64	58	39	50	51	53	56	56	62	55	61	68	67	83	84	54	48	55	51	61
41	76	57	110	75	114	65	58	56	48	66	78	62	48	72	43	63	69	82	57	54	31	30	47	59	75	74	54	48	44	65	33	30	57	70	63	66	64	67	48	48	72	44	85	54	60	67	71	
42	92	85	120	30	120	56	35	34	51	74	71	82	58	83	59	81	62	48	71	39	30	30	32	77	80	83	67	65	78	65	38	30	40	67	63	73	87	70	98	74	71	89	77	72	50	71	83	84
43	78	65	81	68	81	90	63	54	58	70	73	47	80	59	33	42	43	59	49	78	39	42	62	54	49	50	44	95	40	50	30	44	40	56	53	50	58	74	52	50	48	52	43	54	54	47	51	55
44	78	89	67	63	70	65	41	50	39	50	37	46	42	46	37	40	69	51	53	45	47	30	39	56	60	68	58	58	50	41	30	32	42	53	48	59	58	57	43	62	89	46	59	45	60	59	56	
45	80	50	61	96	56	52	58	47	84	59	84	74	50	75	35	47	53	47	50	63	34	38	50	65	75	65	51	82	66	70	41	30	57	57	70	68	68	72	67	67	47	51	53	70	41	60	61	64
46	82	111	58	68	58	76	54	49	35	49	41	30	80	45	30	30	41	48	47	41	45	35	44	52	46	42	61	59	59	50	36	58	48	49	58	48	61	64	56	59	83	58	55	44	47	46	53	
47	68	118	61	81	89	76	61	57	30	42	47	41	74	59	30	38	53	43	44	57	53	53	41	51	50	51	52	61	56	30	52	33	45	59	48	50	49	61	47	51	58	73	54	44	52	51	64	
48	58	103	51	66	73	62	59	54	56	66	58	43	65	49	38	39	65	44	50	38	41	32	44	58	64	42	52	59	67	50	50	52	30	59	59	53	57	68	58	47	54	54	45	52	39	42	48	46
49	57	50	67	59	70	74	58	45	39	52	59	42	44	68	30	30	65	44	47	52	36	38	47	46	50	51	58	71	70	38	40	42	53	54	50	51	66	60	58	52	82	64	51	39	57	52	48	

LAMPIRAN
HASIL ANALISIS STATISTIK

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
UMUR RESPONDEN	49	17	57	29.78	10.355
NILAI HDRS	49	2	14	6.43	3.007
Valid N (listwise)	49				

Frequency Table

JENIS KELAMIN RESPONDEN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	20	40.8	40.8	40.8
perempuan	29	59.2	59.2	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Kategori Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang 20 th	10	20.4	20.4	20.4
20-30 th	21	42.9	42.9	63.3
lebih 30 th	18	36.7	36.7	100.0
Total	49	100.0	100.0	

STATUS PERKAWINAN RESPONDEN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kawin	22	44.9	44.9	44.9
janda	1	2.0	2.0	46.9
tidak kawin	26	53.1	53.1	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Kategori Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pendidikan Rendah	5	10.2	10.2	10.2
Pendidikan Tinggi	44	89.8	89.8	100.0
Total	49	100.0	100.0	

LAMPIRAN
HASIL ANALISIS STATISTIK

PEKERJAAN RESPONDEN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS/TNI	8	16.3	16.3	16.3
	Wiraswasta	6	12.2	12.2	28.6
	Lain-lain	23	46.9	46.9	75.5
	Tidak Kerja	12	24.5	24.5	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

msl_tpt_kjr

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	48	98.0	98.0	98.0
	Buruk	1	2.0	2.0	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Hub_interpersonal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak ada	49	100.0	100.0	100.0

rwyt_pski_kel

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak ada	49	100.0	100.0	100.0

kprib_prembd

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak ada	49	100.0	100.0	100.0

PENGHASILAN RESPONDEN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Berpenghasilan	14	28.6	28.6	28.6
	Rp 500 - <1juta	26	53.1	53.1	81.6
	1- < juta	5	10.2	10.2	91.8
	1,5 - 2juta	3	6.1	6.1	98.0
	lebih 2 juta	1	2.0	2.0	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

LAMPIRAN
HASIL ANALISIS STATISTIK

KATEGORI MMPI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Normal	21	42.9	42.9	42.9
	Tipe A	10	20.4	20.4	63.3
	Tipe B	16	32.7	32.7	95.9
	Tipe C	2	4.1	4.1	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Tipe MMPI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Normal dan Tipe A	31	63.3	63.3	63.3
	Tipe B dan C	18	36.7	36.7	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Kategori HDRS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Depresi	24	49.0	49.0	49.0
	Depresi	25	51.0	51.0	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

LAMPIRAN
HASIL ANALISIS STATISTIK

Crosstabs

JENIS KELAMIN RESPONDEN * Kategori HDRS Crosstabulation

			Kategori HDRS		Total
			Tidak Depresi	Depresi	
JENIS KELAMIN RESPONDEN	laki-laki	Count	6	14	20
		% within JENIS KELAMIN RESPONDEN	30.0%	70.0%	100.0%
		% within Kategori HDRS	25.0%	56.0%	40.8%
		% of Total	12.2%	28.6%	40.8%
	perempuan	Count	18	11	29
		% within JENIS KELAMIN RESPONDEN	62.1%	37.9%	100.0%
		% within Kategori HDRS	75.0%	44.0%	59.2%
		% of Total	36.7%	22.4%	59.2%
Total	Count	24	25	49	
	% within JENIS KELAMIN RESPONDEN	49.0%	51.0%	100.0%	
	% within Kategori HDRS	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	49.0%	51.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.871 ^b	1	.027		
Continuity Correction ^a	3.673	1	.055		
Likelihood Ratio	4.977	1	.026		
Fisher's Exact Test				.042	.027
Linear-by-Linear Association	4.772	1	.029		
N of Valid Cases	49				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.80.

LAMPIRAN
HASIL ANALISIS STATISTIK

KATEGORI UMUR RESPONDEN * Kategori HDRS

Crosstab

			Kategori HDRS		Total
			Tidak Depresi	Depresi	
Kategori Umur	Kurang 20 th	Count	4	6	10
		% within Kategori Umur	40.0%	60.0%	100.0%
		% within Kategori HDRS	16.7%	24.0%	20.4%
		% of Total	8.2%	12.2%	20.4%
	20-30 th	Count	9	12	21
		% within Kategori Umur	42.9%	57.1%	100.0%
		% within Kategori HDRS	37.5%	48.0%	42.9%
		% of Total	18.4%	24.5%	42.9%
	lebih 30 th	Count	11	7	18
		% within Kategori Umur	61.1%	38.9%	100.0%
		% within Kategori HDRS	45.8%	28.0%	36.7%
		% of Total	22.4%	14.3%	36.7%
Total	Count	24	25	49	
	% within Kategori Umur	49.0%	51.0%	100.0%	
	% within Kategori HDRS	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	49.0%	51.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.698 ^a	2	.428
Likelihood Ratio	1.709	2	.426
Linear-by-Linear Association	1.395	1	.238
N of Valid Cases	49		

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.90.

LAMPIRAN
HASIL ANALISIS STATISTIK

STATUS PERKAWINAN RESPONDEN * Kategori HDRS

Crosstab

			Kategori HDRS		Total
			Tidak Depresi	Depresi	
STATUS PERKAWINAN RESPONDEN	kawin	Count	13	9	22
		% within STATUS PERKAWINAN RESPONDEN	59.1%	40.9%	100.0%
		% within Kategori HDRS	54.2%	36.0%	44.9%
		% of Total	26.5%	18.4%	44.9%
	janda	Count	1	0	1
		% within STATUS PERKAWINAN RESPONDEN	100.0%	.0%	100.0%
		% within Kategori HDRS	4.2%	.0%	2.0%
		% of Total	2.0%	.0%	2.0%
	tidak kawin	Count	10	16	26
		% within STATUS PERKAWINAN RESPONDEN	38.5%	61.5%	100.0%
		% within Kategori HDRS	41.7%	64.0%	53.1%
		% of Total	20.4%	32.7%	53.1%
Total	Count	24	25	49	
	% within STATUS PERKAWINAN RESPONDEN	49.0%	51.0%	100.0%	
	% within Kategori HDRS	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	49.0%	51.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.093 ^a	2	.213
Likelihood Ratio	3.494	2	.174
Linear-by-Linear Association	2.156	1	.142
N of Valid Cases	49		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .49.

LAMPIRAN
HASIL ANALISIS STATISTIK

PENDIDIKAN RESPONDEN * Kategori HDRS

Crosstab

			Kategori HDRS		Total
			Tidak Depresi	Depresi	
Kategori Pendidikan	Pendidikan Rendah	Count	2	3	5
		% within Kategori Pendidikan	40.0%	60.0%	100.0%
		% within Kategori HDRS	8.3%	12.0%	10.2%
		% of Total	4.1%	6.1%	10.2%
	Pendidikan Tinggi	Count	22	22	44
		% within Kategori Pendidikan	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Kategori HDRS	91.7%	88.0%	89.8%
		% of Total	44.9%	44.9%	89.8%
	Total	Count	24	25	49
		% within Kategori Pendidikan	49.0%	51.0%	100.0%
% within Kategori HDRS		100.0%	100.0%	100.0%	
% of Total		49.0%	51.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.180 ^b	1	.672		
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.181	1	.671		
Fisher's Exact Test				1.000	.520
Linear-by-Linear Association	.176	1	.675		
N of Valid Cases	49				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.45.

LAMPIRAN
HASIL ANALISIS STATISTIK

PEKERJAAN RESPONDEN * Kategori HDRS

PEKERJAAN RESPONDEN * Kategori HDRS Crosstabulation

			Kategori HDRS		Total
			Tidak Depresi	Depresi	
PEKERJAAN RESPONDEN	PNS/TNI	Count	2	6	8
		% within PEKERJAAN RESPONDEN	25.0%	75.0%	100.0%
		% within Kategori HDRS	8.3%	24.0%	16.3%
		% of Total	4.1%	12.2%	16.3%
	Wiraswasta	Count	2	4	6
		% within PEKERJAAN RESPONDEN	33.3%	66.7%	100.0%
		% within Kategori HDRS	8.3%	16.0%	12.2%
		% of Total	4.1%	8.2%	12.2%
	Lain-lain	Count	16	7	23
		% within PEKERJAAN RESPONDEN	69.6%	30.4%	100.0%
		% within Kategori HDRS	66.7%	28.0%	46.9%
		% of Total	32.7%	14.3%	46.9%
	Tidak Kerja	Count	4	8	12
		% within PEKERJAAN RESPONDEN	33.3%	66.7%	100.0%
		% within Kategori HDRS	16.7%	32.0%	24.5%
		% of Total	8.2%	16.3%	24.5%
Total	Count	24	25	49	
	% within PEKERJAAN RESPONDEN	49.0%	51.0%	100.0%	
	% within Kategori HDRS	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	49.0%	51.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.504 ^a	3	.057
Likelihood Ratio	7.729	3	.052
Linear-by-Linear Association	1.349	1	.245
N of Valid Cases	49		

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.94.

LAMPIRAN
HASIL ANALISIS STATISTIK

PENGHASILAN RESPONDEN * Kategori HDRS

Crosstab

			Kategori HDRS		Total
			Tidak Depresi	Depresi	
PENGHASILAN RESPONDEN	Tidak Berpenghasilan	Count	6	8	14
		% within PENGHASILAN RESPONDEN	42.9%	57.1%	100.0%
		% within Kategori HDRS	25.0%	32.0%	28.6%
		% of Total	12.2%	16.3%	28.6%
	Rp 500 - <1juta	Count	16	10	26
		% within PENGHASILAN RESPONDEN	61.5%	38.5%	100.0%
		% within Kategori HDRS	66.7%	40.0%	53.1%
		% of Total	32.7%	20.4%	53.1%
	1- < juta	Count	2	3	5
		% within PENGHASILAN RESPONDEN	40.0%	60.0%	100.0%
		% within Kategori HDRS	8.3%	12.0%	10.2%
		% of Total	4.1%	6.1%	10.2%
	1,5 - 2juta	Count	0	3	3
		% within PENGHASILAN RESPONDEN	.0%	100.0%	100.0%
		% within Kategori HDRS	.0%	12.0%	6.1%
		% of Total	.0%	6.1%	6.1%
	lebih 2 juta	Count	0	1	1
		% within PENGHASILAN RESPONDEN	.0%	100.0%	100.0%
		% within Kategori HDRS	.0%	4.0%	2.0%
		% of Total	.0%	2.0%	2.0%
Total	Count	24	25	49	
	% within PENGHASILAN RESPONDEN	49.0%	51.0%	100.0%	
	% within Kategori HDRS	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	49.0%	51.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.852 ^a	4	.210
Likelihood Ratio	7.410	4	.116
Linear-by-Linear Association	1.568	1	.210
N of Valid Cases	49		

a. 6 cells (60.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .49.

LAMPIRAN
HASIL ANALISIS STATISTIK

KATEGORI MMPI * Kategori HDRS

Crosstab

			Kategori HDRS		Total
			Tidak Depresi	Depresi	
KATEGORI MMPI	Normal	Count	12	9	21
		% within KATEGORI MMPI	57.1%	42.9%	100.0%
		% within Kategori HDRS	50.0%	36.0%	42.9%
		% of Total	24.5%	18.4%	42.9%
	Tipe A	Count	7	3	10
		% within KATEGORI MMPI	70.0%	30.0%	100.0%
		% within Kategori HDRS	29.2%	12.0%	20.4%
		% of Total	14.3%	6.1%	20.4%
	Tipe B	Count	4	12	16
		% within KATEGORI MMPI	25.0%	75.0%	100.0%
		% within Kategori HDRS	16.7%	48.0%	32.7%
		% of Total	8.2%	24.5%	32.7%
	Tipe C	Count	1	1	2
		% within KATEGORI MMPI	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Kategori HDRS	4.2%	4.0%	4.1%
		% of Total	2.0%	2.0%	4.1%
Total	Count	24	25	49	
	% within KATEGORI MMPI	49.0%	51.0%	100.0%	
	% within Kategori HDRS	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	49.0%	51.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.011 ^a	3	.111
Likelihood Ratio	6.241	3	.100
Linear-by-Linear Association	2.646	1	.104
N of Valid Cases	49		

a. 3 cells (37.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .98.

LAMPIRAN
HASIL ANALISIS STATISTIK

Tipe MMPI * Kategori HDRS

Crosstab

			Kategori HDRS		Total
			Tidak Depresi	Depresi	
Tipe MMPI Normal dan Tipe A	Count		19	12	31
	% within Tipe MMPI		61.3%	38.7%	100.0%
	% within Kategori HDRS		79.2%	48.0%	63.3%
	% of Total		38.8%	24.5%	63.3%
Tipe B dan C	Count		5	13	18
	% within Tipe MMPI		27.8%	72.2%	100.0%
	% within Kategori HDRS		20.8%	52.0%	36.7%
	% of Total		10.2%	26.5%	36.7%
Total	Count		24	25	49
	% within Tipe MMPI		49.0%	51.0%	100.0%
	% within Kategori HDRS		100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total		49.0%	51.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.118 ^b	1	.024		
Continuity Correction ^a	3.865	1	.049		
Likelihood Ratio	5.257	1	.022		
Fisher's Exact Test				.038	.024
Linear-by-Linear Association	5.013	1	.025		
N of Valid Cases	49				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.82.



BAGIAN PSIKIATRI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO

Jln.dr.Sutomo 16-18 Semarang 50231
Telp. (024) 8445567. (024) 8413476 ext.366. 374

No. : 28/Psi/VI/2003
Lamp. :
Hal : Ijin penelitian

Kepada Yth.: Kepala Bagian Bedah Saraf
RS Dr. Kariadi
SEMARANG.

Dengan hormat,
Bersama ini kami mohonkan ijin untuk peserta PPDS I Psikiatri FK Undip atas
nama :

Dr. Go Eddy Gunawan

Untuk melaksanakan penelitian di Bagian Bedah Saraf RS Dr. Kariadi Semarang,
mulai tanggal 16 Juni 2003.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Semarang, 13 Juni 2003
Ketua Bagian Psikiatri

Dr. Ismed Yusuf, SpKJ.
NIP. 130 529 445.